

ÉTUDE DE LA BANQUE MONDIALE

NOTE D'ORIENTATION

# Le financement de la santé en République gabonaise

Karima Saleh, Bernard F. Couttolenc  
et Hélène Barroy



Note d'orientation

Le financement de la santé en  
République gabonaise



ÉTUDE DE LA BANQUE MONDIALE

Note d'orientation

# Le financement de la santé en République gabonaise

Karima Saleh, Bernard F. Couttolenc et Hélène Barroy

Ce fascicule contient une note d'orientation associée au livre *Le financement de la santé en République gabonaise* (10.1596/978-1-4648-0289-8). Une version PDF de l'ouvrage final et complet sera disponible sur <https://openknowledge.worldbank.org/> au lendemain de sa publication. Des versions papier peuvent être commandées sur <https://publications.worldbank.org/>. Prière de se référer à la version finale de l'ouvrage aux fins de citation, reproduction et adaptation.

© 2015 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank  
1818 H Street NW, Washington DC 20433  
Téléphone : 202-473-1000 ; Internet : [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)

Certains droits réservés

1 2 3 4 17 16 15 14

Cet ouvrage a été réalisé par des équipes de la Banque mondiale avec la contribution de collaborateurs extérieurs. Les observations, interprétations et opinions exprimées dans cet ouvrage ne reflètent pas nécessairement les opinions de la Banque mondiale, de son Conseil des administrateurs ou des pays que ceux-ci représentent, ni celles de l'Agence française de développement. La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données reprises dans cet ouvrage. Les frontières, couleurs, dénominations et autres informations figurant sur les cartes du présent ouvrage n'impliquent de la part de la Banque mondiale aucun jugement sur le statut juridique d'un territoire et ne signifient nullement que l'institution reconnaît ou accepte ces frontières.

Aucune des dispositions ne constitue une limite ou une renonciation à un quelconque privilège ou immunité de la Banque mondiale, et ne peut être interprétée comme telle. Tous les privilèges et immunités de la Banque mondiale sont expressément réservés.

#### **Droits et autorisations**



L'utilisation de cet ouvrage est soumise aux conditions de la licence Creative Commons Attribution 3.0 IGO (CC BY 3.0 IGO) <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo>. En vertu de la licence Creative Commons Attribution, il est possible de copier, distribuer, transmettre et adapter le présent ouvrage, notamment à des fins commerciales, sous réserve du respect des conditions suivantes :

**Attribution (Paternité)**—L'ouvrage doit être cité de la manière suivante : Karima Saleh, Bernard F. Couttolenc et Hélène Barroy, *Le financement de la santé en République gabonaise*, 2014. Fascicule de note d'orientation. Études de la Banque mondiale, Banque mondiale, Washington DC. Licence : Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO

**Traductions**—Si une traduction de cet ouvrage est produite, veuillez ajouter à la mention de paternité de l'ouvrage cette clause de non-responsabilité : *Cette traduction n'a pas été réalisée par la Banque mondiale et ne doit pas être considérée comme une traduction officielle. La Banque ne saurait être tenue responsable du contenu de la traduction ni des erreurs qui peuvent être insérées.*

**Adaptations**—Si une adaptation de cet ouvrage est produite, veuillez ajouter à l'adaptation de l'ouvrage la clause de non-responsabilité suivante : *Ceci est une adaptation de l'œuvre originale de la Banque mondiale. Les idées et opinions exprimées dans l'adaptation n'engagent que le(s) auteur(s) de l'adaptation et ne sont pas validées par la Banque mondiale.*

**Contenu de tiers**—La Banque mondiale n'est pas nécessairement propriétaire de chaque composante du contenu de l'ouvrage. Par conséquent, la Banque mondiale ne saurait garantir que l'utilisation de toute composante individuelle détenue par un tiers — ou une partie de celle-ci contenue dans l'ouvrage — ne porte pas atteinte aux droits des tiers concernés. L'utilisateur du contenu assume seul le risque de réclamations ou de plainte pour violation desdits droits. Si vous souhaitez réutiliser une composante de l'ouvrage, il vous appartient de déterminer si une autorisation est requise et de l'obtenir auprès du détenteur des droits. Des exemples de composantes peuvent inclure, mais sans s'y limiter, des tableaux, des figures ou des images.

Pour tout renseignement sur les droits et licences, s'adresser au Service des publications et de la diffusion des connaissances de la Banque mondiale, The World Bank, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA ; télécopie : 202-522-2625; courriel : [pubrights@worldbank.org](mailto:pubrights@worldbank.org).

# Table des matières

<i>Avant-propos</i>		<i>vii</i>
<i>Remerciements</i>		<i>ix</i>
<i>À propos des auteurs</i>		<i>xi</i>
<i>Sigles et acronymes</i>		<i>xiii</i>
<b>Aperçu</b>		<b>1</b>
Contexte		1
Pourquoi cette note d'orientation ?		2
Le programme national d'assurance maladie — CNAMGS		2
Vue d'ensemble du Gabon		3
Quelles sont les dépenses de santé du Gabon ?		6
Inquiétudes concernant la situation actuelle		6
Prochaines étapes vers la mise en place d'une couverture santé universelle au Gabon		7
Les options de réforme		7
Aller de l'avant : options du Gabon pour accroître la marge de manœuvre budgétaire du secteur de la santé ?		19
Conclusion		21
Notes		22
<b>Annexe A</b>	<b>Indicateurs de santé du Gabon</b>	<b>23</b>
<b>Annexe B</b>	<b>Messages clés du « Financement de la santé en République du Gabon »</b>	<b>25</b>
	Messages clés du Chapitre 2 — Résultats sanitaires et utilisation des services de santé	25
	Messages clés du Chapitre 3 — Financement de la santé	26
	Messages clés du Chapitre 4 — Programme national d'assurance maladie	27
	Messages clés du Chapitre 5 — Évaluation des coûts et des options pour combler l'écart de couverture	27
<b>Annexe C</b>	<b>Considérations de réformes à court et moyen termes</b>	<b>29</b>

<i>Bibliographie</i>	35
----------------------	----

### **Figures**

1	Affiliation des bénéficiaires selon les régimes (en pourcentage), 2008–12	2
2	Comparaison de l'espérance de vie à la naissance dans les pays à revenu similaire, 2011	4
3	Comparaison de l'état de santé de pays à revenu similaire	4
4	Utilisation des services de santé et qualité des soins chez les enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre, 2012	5
5	Total des dépenses de santé au Gabon par rapport à d'autres pays à revenu similaire, 2010	6

### **Tableaux**

1	Systèmes de paiement des prestataires : mode de rémunération, conséquences et exemples de pays	14
2	Quelques pistes sommaires pour réformer la CNAMGS	16

## Avant-propos

Cette note d'orientation fait suite au livre *Le financement de la santé en République gabonaise*, qui présente une évaluation exhaustive du financement de la santé du pays. Ce livre examine la situation du financement de la santé après l'introduction d'un programme national d'assurance maladie, à la lumière de l'engagement du gouvernement à mettre en œuvre une couverture santé universelle à moyen terme. Le livre fournit un diagnostic de la situation sur la base des données récentes de l'enquête démographique et de santé, des comptes nationaux de santé actualisés, et d'un examen des dépenses publiques dans le secteur de la santé. Par ailleurs, il procède à une étude comparative des dépenses et résultats sanitaires du Gabon avec ceux d'autres pays à revenu similaire et d'autres États de la région. Une prochaine enquête sur les ménages devrait fournir de plus amples informations sur la protection financière contre les coûts liés à la maladie.

La couverture santé universelle est définie comme une situation où toute personne nécessitant des services de santé (prévention, promotion, soins, rééducation et soins palliatifs) les reçoit sans engendrer des difficultés financières excessives (Rapport sur la santé dans le monde, 2010). La couverture santé universelle comporte trois composantes étroitement liées : (i) un éventail complet de services de santé de qualité basés sur la demande ; (ii) une protection financière évitant le paiement direct des services de santé dispensés ; et (iii) une couverture étendue à l'ensemble de la population. Cet ouvrage tente d'établir un diagnostic de la situation actuelle du Gabon dans l'intention de mettre en place une couverture santé universelle. Il convient de saluer l'engagement du pays en faveur de l'amélioration des indicateurs de santé des pauvres et des populations les plus démunies.

Le gouvernement a des objectifs ambitieux, mais le livre montre que plusieurs défis doivent être relevés avant leur réalisation à moyen terme. Les efforts de mobilisation des ressources sont une priorité pour soutenir financièrement ses programmes ; pour hiérarchiser les ressources dans des domaines où l'on considère « qu'il faut en avoir pour son argent » ; pour promouvoir un accès équitable aux services de santé et à leurs prestations (en portant une attention particulière aux soins primaires, au programme de santé publique et à la qualité

des soins) ; pour renforcer la couverture de la population dans le cadre du programme national d'assurance maladie, en ciblant davantage les pauvres et les travailleurs du secteur informel ; et pour prendre en compte les domaines susceptibles de renforcer l'efficacité et la réduction des coûts.

L'ouvrage arrive à un moment opportun puisque le gouvernement vient de mettre en place son « Plan social ». Il fournit un diagnostic du secteur de la santé et des recommandations essentielles — des options que le gouvernement peut envisager à court et moyen termes.

Gregor Binkert

*Directeur pays Angola, Cameroun, République centrafricaine,  
Gabon, Guinée équatoriale, São Tomé et Príncipe*

## Remerciements

Ce travail a été mené sous la direction de Karima Saleh, économiste en chef (Santé), et responsable du groupe de travail du Département de la santé, de la nutrition et de la population pour la région Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale (AFTHW) à la Banque mondiale. Les autres membres de l'équipe sont Bernard Couttolenc (consultant, AFTHW) et Hélène Barroy (économiste, HDNHE). Ont également collaboré à cet ouvrage Lombe Kasonde (analyste des interventions, HDNHE), à travers un appui à la recherche ; Alejandro Ramos, Montserrat Meiro Lorenzo et Roberto Iglesias (HDNHE), qui ont fourni des informations sur les taxes sur le tabac ; Hui Wang (expert associé junior, HDNHE), pour son aide à la réalisation des régressions et des simulations ; Sariette Jippe (assistante de programme, AFTHW) pour son soutien administratif ; Susan Middaugh, pour son appui rédactionnel et JPD Systems pour la traduction française. Les auteurs remercient les personnalités suivantes pour leurs précieux commentaires et leur contribution positive à l'ouvrage. Ajay Tandon, Rick Emery Tsouck Ibounde, John Langenbrunner, Moulay Driss Zine Eddine El Idrissi et Netsanet Workie ont fait partie des pairs évaluateurs. Tawhid Nawaz a également fourni des commentaires. L'équipe remercie Ritva Reinikka, ancienne directrice sectorielle du Développement humain (pour la région Afrique), et Trina Haque, chef sectoriel pour la Santé, la Nutrition et la Population (pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale), pour leur aide. L'équipe souhaiterait également remercier la cellule de gestion pays de la Banque — Gregor Binkert, directeur pays ; Zouera Youssoufou, responsable pays pour le Gabon, et Olivier Godron, coordinateur de programme pays — pour avoir offert à l'équipe cette opportunité et fourni le budget nécessaire.

L'équipe remercie le gouvernement du Gabon pour sa coopération, et apprécie l'appui et les informations partagées avec le gouvernement durant sa mission au Gabon en novembre 2012 et juillet 2013. Nous sommes tout particulièrement reconnaissants envers le Dr. Jean Damascene Khouilla, directeur général du ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP). Nous exprimons aussi notre gratitude à d'autres personnes du MSPP pour les précieuses discussions avec notre équipe ; le directeur général, le directeur général adjoint et l'équipe de la Caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale (CNAMGS) ; et le directeur du budget ainsi que le personnel du ministère de l'Économie. L'équipe

a visité plusieurs établissements de santé à Libreville et à l'extérieur, et elle a fortement apprécié la coopération et le dialogue ouvert durant ces déplacements. Elle a également tiré profit des discussions avec le personnel de l'Organisation mondiale de la santé au Gabon.

## À propos des auteurs

**Karima Saleh** est économiste en chef de la santé à la Banque mondiale. Elle a travaillé près de vingt ans dans plus de quinze pays, et possède une expérience professionnelle, notamment sur le terrain, dans les domaines suivants : financement de la santé, politique et planification de prestations de services dans les pays à revenus intermédiaires tranche inférieure. Titulaire d'un doctorat en économie de la santé de l'université Johns Hopkins (États-Unis), elle a été membre de l'équipe principale en charge de la rédaction du *World Development Report 1993 : Investing in Health* (Banque mondiale, 1993). Elle vient de publier *The Health Sector in Ghana : A Comprehensive Assessment* (Banque mondiale 2013) et *Health Financing in Ghana* (Banque mondiale, 2012).

**Bernard F. Couttolenc** est directeur général du Performa Institute, un nouveau centre de recherche en politique implanté à São Paulo, Brésil. Titulaire d'une maîtrise en gestion d'entreprise et d'un doctorat en économie de la santé de l'université Johns Hopkins, il a occupé pendant plusieurs années des postes d'encadrement dans des hôpitaux publics et privés au Brésil, et dans le domaine de la planification et du financement du système de santé public. Riche de près de vingt ans d'expérience dans le conseil auprès d'organisations internationales, il a également enseigné pendant dix ans à l'université de São Paulo, où il a mené des recherches en économie et en financement de la santé ainsi qu'en évaluation économique. Bernard F. Couttolenc est l'auteur de plusieurs ouvrages.

**Hélène Barroy** est économiste de la santé à la Banque mondiale, après avoir été conseillère en financement de la santé du gouvernement français et maître de conférence à Sciences Po Master d'affaires internationales. Experte en appui technique aux réformes de santé et en financement de la santé, elle a dirigé des opérations de santé pendant plus de dix ans dans plus de dix pays. Elle est titulaire d'une maîtrise en santé publique de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* et d'un doctorat en économie de la santé du CERDI en France. Elle a récemment publié les ouvrages *Sustaining UHC in France : A Perpetual Challenge* (Banque mondiale, 2014) et *Vietnam and UHC : Learning from Smart Reforms* (Banque mondiale, 2014).



## Sigles et acronymes

ASS	Afrique subsaharienne
CNAMGS	Caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale
CNS	Comptes nationaux de santé
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
COSP	Cellule d'observation de la santé publique
DTS	Dépenses totales de santé
EDSG	Enquête démographique et de santé du Gabon
FBR	Financement basé sur les résultats
GEF	Gabonais économiquement faibles
GHM	Groupe homogène de malades
IGR	Revenus générés en interne ( <i>Internally Generated Revenue</i> )
IRA	Infection respiratoire aiguë
MSPP	Ministère de la Santé publique et de la Population
NHIP	Programme national d'assurance maladie ( <i>National Health Insurance Program</i> )
NR	Non remboursable
OMD	Objectif du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIB	Produit intérieur brut
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PPA	Parité des pouvoirs d'achat
PRIS	Pays à revenus intermédiaire, tranche supérieure
ROAM	Redevance obligatoire à l'assurance maladie
SIG	Système d'information géographique
SSP	Soins de santé primaires
TIC	Technologies de l'information et de la communication
TMM	Taux de mortalité maternelle
TMM5	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
TRO	Traitement de réhydratation par voie orale

VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WDI	Indicateurs du développement dans le monde ( <i>World Development Indicators</i> )
XAF	Franc CFA d'Afrique centrale (devise)

# Aperçu

## Contexte

Élu en 2009, le nouveau président Ali Bongo Ondimba mène une politique visant à transformer le Gabon en pays émergent d'ici à 2025. Un de ses axes stratégiques réside dans la réduction des inégalités, de l'exclusion et de la pauvreté. Une santé défaillante peut faire basculer les individus dans la pauvreté ou les maintenir dans le cycle de la pauvreté. L'amélioration de la santé est l'un des objectifs prioritaires du Gabon, qui s'est engagé à réaliser la couverture santé universelle (Plan national de développement sanitaire 2011–15 [PNDS 2011]).

Après avoir entrepris diverses réformes financières — allant des redevances pour service rendu aux soins gratuits dans le cadre d'un service de santé national —, le Gabon a lancé le programme national d'assurance maladie (NHIP) en 2007 et décidé de différencier les fonctions de tiers payant et de prestataire. Une agence tierce — la Caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale (CNAMGS) —, sous l'égide du ministère de l'Économie, a été désignée en tant qu'organisme tiers payant, et les établissements publics aux niveaux central et local ainsi que les établissements privés sont passés sous contrat en tant que prestataires de soins. Depuis l'introduction du NHIP, le pays a redirigé ses ressources en faveur du financement du côté<sup>1</sup> de la demande et des fonds spéciaux affectés à la santé. Il s'agit là d'une entreprise considérable.

Le pays a fait preuve d'un engagement plus prononcé en faveur de la santé en augmentant les allocations du secteur public de 5,5 % environ en 2008 à 7,2 % en 2012. Près de 27 % des financements publics sont alloués au NHIP. Il est normal de voir le financement public augmenter au moment où le pays étend sa couverture santé à un segment plus large de sa population à l'aide de services et de biens de santé subventionnés par l'État. En réalité, le financement public du NHIP se révèle indispensable dans des pays où une grande partie de la population vit sous le seuil de pauvreté, et dans les pays où un faible segment de la population travaille dans le secteur formel. La viabilité du financement public sera donc primordiale pour réaliser la couverture santé universelle.

## Pourquoi cette note d'orientation ?

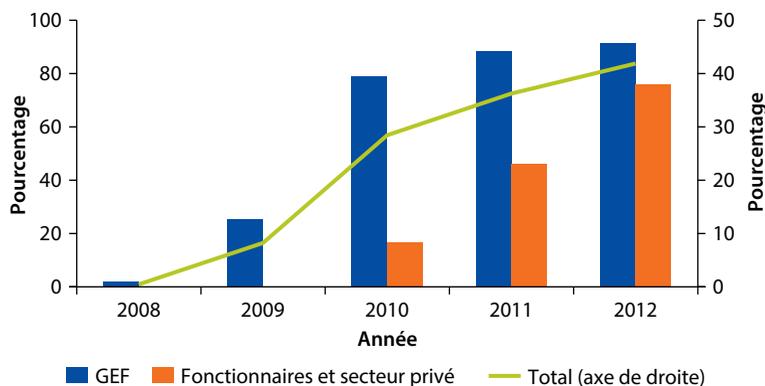
Compte tenu de l'engagement du pays en faveur de la couverture santé universelle, certains segments exigent des ressources supplémentaires pour ce secteur. Par conséquent, le pays se débat avec les questions suivantes : (i) Comment les ressources existantes sont dépensées ? (ii) Y a-t-il une marge de manœuvre pour une meilleure allocation des ressources actuelles ? (iii) Y a-t-il urgence à mobiliser des ressources supplémentaires en vue de réaliser cet objectif ? La Banque mondiale publiera prochainement l'ouvrage *Le financement de la santé en République gabonaise* (Saleh, Couttolenc et Barroy, à paraître). Cette note d'orientation en découle et tente d'établir un diagnostic de la situation tout en offrant des informations supplémentaires pour éclairer et alimenter le débat.

## Le programme national d'assurance maladie — CNAMGS

Le NHIP a mis l'accent sur la solidarité et l'inclusion ; les pauvres ont été la première cible du programme et le premier groupe à bénéficier de cette couverture dans le cadre du programme en faveur des pauvres (Gabonais économiquement faibles — GEF). La CNAMGS affirme avoir réalisé une couverture universelle (90 %) dans le cadre du programme GEF. Le Gabon avait auparavant adopté les mesures suivantes en vue d'inclure les pauvres : (i) méthodologie visant à les identifier et (ii) subvention visant à couvrir leur régime de prestations. Le Gabon mérite d'être salué pour ces efforts<sup>2</sup>. (Voir Figure 1.)

Dans l'ensemble, la moitié de la population (45 % en 2012) a été immatriculée par le NHIP, notamment les bénéficiaires GEF et ceux du programme pour

**Figure 1 Affiliation à la CNAMGS des bénéficiaires selon les régimes (en pourcentage), 2008-2012**



Source : CNAMGS, 2013, OMS. Juillet 2013. Le financement de la santé dans la région africaine, numéro 17 (numéro spécial), page 17. <http://www.who.int/sites/default/files/ahm/reports/631/ahm1705.pdf>.

Note : GEF = Gabonais économiquement faibles.

les fonctionnaires et le secteur formel ; en outre, le NHIP a réalisé ces résultats sur une courte période. Le reste de la population fait partie du secteur informel (non défavorisé), qui inclut les personnes proches du seuil de pauvreté. Le NHIP n'a pas été en mesure de créer un régime obligatoire ou non compensatoire pour les non-pauvres travaillant dans le secteur informel. L'immatriculation de cette population constituera vraisemblablement un défi, notamment en raison de la sélection négative. La CNAMGS a bien saisi ces enjeux ; elle prend des mesures pour tirer des enseignements de l'expérience d'autres pays et s'engage à élaborer une stratégie en vue de résoudre ce dilemme.

Le régime de prestations du NHIP est complet, mais il concerne surtout les soins médicaux et les soins curatifs — et non préventifs. Ce programme est censé compléter les prestations couvertes par le ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP). Le régime de prestations de la CNAMGS ne devrait pas limiter l'accès à des soins de santé abordables en cas de maladie. Les personnes affiliées pourraient recevoir des soins abordables et appropriés en temps opportun, qui entraîneraient l'amélioration de leur état de santé. L'accouchement a été intégré au régime de prestations ; les soins sont gratuits et comportent des subventions totales. Le régime de prestations inclut également des avantages « hors santé » pour les bénéficiaires défavorisés du programme GEF, des prestations qui sont absentes des programmes d'assurance santé classiques. Ce régime de prestations n'a pas encore été chiffré ; son accessibilité, bien que cruciale, reste encore à évaluer.

Les ressources du Gabon pour le NHIP proviennent d'origines diverses. Pour le GEF, les ressources proviennent des recettes fiscales et parafiscales. Ces dernières proviennent d'une taxe de 10 % prélevée sur les recettes des sociétés de téléphonie mobile, qui constituent 80 % des prélèvements parafiscaux et indirects<sup>3</sup>, et un prélèvement de 1,5 % sur les transferts monétaires hors CEMAC (Communauté économique et monétaire des États de l'Afrique centrale) ; elles représentent 20 % des impôts spéciaux et indirects<sup>4</sup>. La formulation a été progressive ; les subventions étaient destinées aux pauvres et aux étudiants. Pour les secteurs formels (fonctionnaires et secteur privé), les ressources proviennent de contributions privées. Les contributions privées prélevées directement sur les salaires ont également été progressives ; les personnes aux revenus plus élevés ont davantage cotisé que les autres. Cependant, à l'heure actuelle, il n'existe pas de régime spécifique pour les employés du secteur informel. Ces derniers doivent s'immatriculer en payant une cotisation forfaitaire, réputée dégressive puisqu'elle n'est pas basée sur les revenus/l'accessibilité.

## **Vue d'ensemble du Gabon**

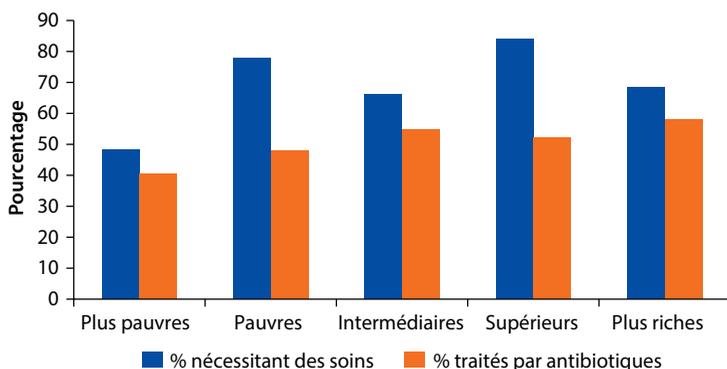
Le Gabon est un pays à revenu intermédiaire tranche supérieure (PRIS), qui affiche des dépenses raisonnables dans le secteur de la santé. Toutefois, ses résultats sanitaires évoquent ceux d'un pays à revenu faible et intermédiaire. Bien qu'étant un PRIS, le Gabon enregistre des disparités importantes dans la qualité



Au fil des ans, les efforts du Gabon ont permis d'améliorer l'état de santé de la population, mais des efforts supplémentaires sont nécessaires, car le pays accuse encore des retards par rapport à d'autres pays à revenu similaire. Le Gabon réalisera vraisemblablement la cible 1B des OMD relative à la malnutrition infantile s'il maintient et renforce ses efforts. Si les maladies transmissibles restent la principale cause de morbidité et de mortalité, des améliorations peuvent être observées sur l'incidence du virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/SIDA), et de la tuberculose (TB), l'incidence du paludisme reste élevée et le pays n'atteint pas les cibles des OMD.

Par ailleurs, le Gabon n'a pas atteint les cibles des OMD en matière de santé et il est peu probable qu'il les atteigne d'ici à 2015. Le pays s'est toutefois efforcé de renforcer l'accès aux services de santé, et il a pu augmenter la couverture sociale pour certains objectifs de santé maternelle, comme les soins prénatals (95 %, Enquête démographique et de santé du Gabon [EDSG, 2013]). En outre, des améliorations ont été constatées dans le niveau des prestations institutionnelles (90 %, EDSG, 2013). Toutefois, la qualité des soins reste médiocre et les taux de mortalité maternelle sont toujours élevés. Des améliorations ont également été réalisées dans le recours aux services de protection infantile, comme la couverture vaccinale et l'utilisation de certains traitements (par exemple, les traitements des infections respiratoires aiguës [IRA]). Les connaissances et le recours à d'autres traitements et services sont cependant à la traîne, comme la connaissance (et donc l'utilisation) limitée de la thérapie de réhydratation par voie orale pour les enfants atteints de diarrhées. La baisse du taux de mortalité infantile a ralenti en raison du peu d'attention accordé aux soins prénatals et néonataux. En règle générale, il y a une inégalité d'accès, et la qualité des soins est médiocre dans l'ensemble du pays, y compris dans le secteur public (Figure 4). Cela est particulièrement vrai pour les services utilisés par les pauvres et les populations rurales. (Voir Annexe A.)

**Figure 4 Utilisation des services de santé et qualité des soins chez les enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre, 2012**



Source : EDSG, 2013.

## Quelles sont les dépenses de santé du Gabon ?

En termes de données par habitant, les dépenses de santé globales du Gabon sont jugées raisonnables ; en 2012, elles étaient de 558 I\$ en termes de PPA ou de 397 \$EU en taux de change. Elles sont proches des moyennes enregistrées dans des pays à revenu similaire, et dépassent les moyennes régionales de 153 I\$ de PPA. Cependant, en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) — 3,5% en 2012 —, les dépenses totales de santé ont stagné au Gabon au cours de la dernière décennie. Elles se situent en dessous des moyennes régionales et mondiales, dont la part du PIB pour la santé dépasse les 6 %. Cela s'explique principalement par le fait que ses dépenses de santé sont faibles (1,7 % du PIB en 2012). Toutefois, elles représentent un petit pourcentage du budget total du gouvernement (7,2 % en 2012). Il semblerait qu'elles représentent environ la moitié des dépenses totales de santé du pays (51 % en 2012, Comptes nationaux de santé [CNS], Organisation mondiale de la santé [OMS, 2013]). (Voir Figure 5.)

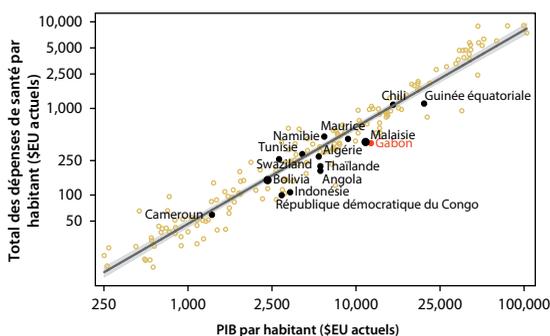
## Inquiétudes concernant la situation actuelle

Bien que le Gabon ait augmenté les ressources globales allouées à la santé, certaines inquiétudes persistent sur l'utilisation de ces fonds. À ce jour, ils n'ont pas contribué à améliorer les résultats sanitaires. Un quart des fonds publics ont été affectés au NHIP (2012), mais plus de 70 % du budget continue à couvrir l'approvisionnement du côté de l'offre, à savoir la rémunération du personnel, les investissements, l'achat de médicaments, etc. Cette section met en évidence les secteurs où des gains d'efficacité peuvent être réalisés. (Voir dans Annexe B la synthèse des principales conclusions.)

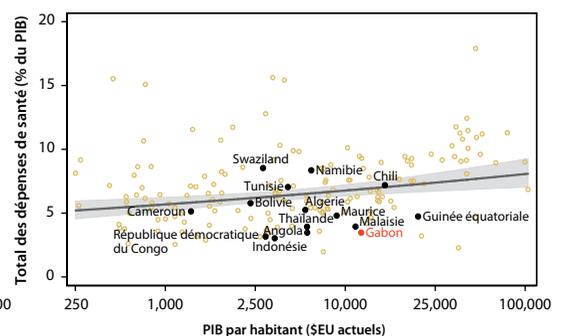
Premièrement, le système de santé du pays se concentre sur l'hôpital. Les centres de soins de santé primaires et les programmes de santé publique manquent de moyens. Le personnel est concentré dans les hôpitaux et les zones urbaines. De ce

**Figure 5 Total des dépenses de santé au Gabon par rapport à d'autres pays à revenu similaire, 2010**

a. Dépenses de santé par habitant, \$EU



b. Dépenses de santé en tant que part du PIB, %



Source : Indicateurs du développement dans le monde, OMS, actualisés en avril 2014.

Note : échelle logarithmique en axes x.

Les zones en gris indiquent un intervalle de confiance de 95 % pour la ligne ajustée.

Note d'orientation : Le financement de la santé en République gabonaise

fait, certains traitements critiques, notamment contre les maladies contagieuses, ne reçoivent pas l'attention et les ressources nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Près de 80 % des ressources publiques sont allouées aux soins curatifs, et seulement 20 % aux soins préventifs. Des gains d'efficacité peuvent être réalisés.

Deuxièmement, le pays consacre un pourcentage élevé de ses dépenses publiques de santé aux investissements, soit jusqu'à 40 % en 2012, une part beaucoup plus élevée que dans d'autres pays. D'importants investissements sont réalisés dans la construction d'hôpitaux plus modernes et l'achat d'équipements

médicaux plus performants. Le Gabon dispose déjà d'un nombre de lits supérieur à ses besoins. Après la mise en place du NHIP, le rapport lits/population a considérablement augmenté, passant de 2,5 lits pour 1 000 habitants en 2008, à 6,3 en 2011. Dans le même temps, de nombreux hôpitaux restent sous-utilisés et enregistrent des taux d'occupation faibles. En 2012, les hôpitaux ont reçu 58 % des ressources publiques alors que 16 % ont été alloués aux soins de santé primaires et 13 % aux programmes de santé publique. Là encore, des gains d'efficacité peuvent être réalisés.

Troisièmement, le personnel n'est pas rémunéré en fonction de sa performance, et sa productivité est censée être faible. Une part importante du budget de santé couvre les dépenses de personnel (plus de 50 % en 2012), gérées au niveau central. Les fonds affectés à ces dépenses proviennent pour une part du budget, mais également d'autres sources. Ces dernières sont alimentées par des revenus générés en interne (IGR, redevances pour service rendu, remboursements par des assurances maladie privées et publiques). Les salaires de base du personnel sont jugés raisonnables, mais la rémunération globale peut être importante. Bien qu'il existe des primes et des incitations financières pour le personnel, elles ne sont pas fonction de la performance. Les effectifs du pays sont raisonnables dans certaines catégories et insuffisants dans d'autres, mais la répartition du personnel reste un véritable défi. En outre, les employés sont peu incités à améliorer leurs performances ou à pourvoir des postes dans des régions mal desservies. Les mécanismes de responsabilisation restent insuffisants. Il convient donc d'examiner les possibilités d'incitations basées sur la performance pour améliorer la gouvernance.

Quatrièmement, les dépenses liées aux installations et équipements sont essentiellement couvertes par des financements extrabudgétaires. Les ressources budgétaires allouées aux frais autres que les dépenses de personnel sont limitées. Bien qu'elles financent les médicaments et les fournitures médicales (fournis au niveau central), les dotations allouées par le budget pour couvrir ces dépenses sont insuffisantes. En outre, il n'y a guère de budget pour l'entretien, les activités de sensibilisation, etc. Une part importante des dépenses est couverte par des sources extrabudgétaires, les revenus générés en interne (IGR). Par exemple, en 2012, les IGR ont constitué 32 à 50 % du financement d'un hôpital régional. Si ces fonds et ces apports sont irréguliers et/ou retardés, le bon fonctionnement des établissements peut être menacé.

Les IGR, cependant, ne font pas l'objet de rapports et ne sont pas gérés de façon centralisée ; et les réglementations existantes ne sont pas appliquées. Les IGR peuvent être importants et une meilleure information sur ces revenus pour-

rait contribuer à faire avancer certaines questions budgétaires et à l'échange d'information. Une meilleure planification budgétaire et un processus de suivi amélioré pourraient favoriser un meilleur alignement des budgets sur les besoins. Une compréhension plus fine des IGR et de leurs implications politiques pourrait également contribuer à la mobilisation et à la répartition des ressources.

Cinquièmement, la préparation du budget est fondée sur les intrants et l'historique. Les dépenses ont montré une importante volatilité sur ces dernières années. Les allocations budgétaires sont irrégulières ; de plus, l'exécution du budget, et les flux et contrôles budgétaires sont limités. On observe par ailleurs un manque de transparence, notamment dans les modes de paiement. Il arrive souvent que les fonds ne soient pas versés à temps ; la planification et la prévision budgétaires font fréquemment défaut. De ce fait, les ressources ne sont pas entièrement distribuées ou sont sous-utilisées. Bien que le secteur de la santé soit censé être décentralisé, les niveaux locaux n'ont pas toujours la capacité de déterminer leur propre répartition des ressources.

Sixièmement, dans les centres de soins et les hôpitaux, le mécanisme de paiement des prestataires de soins retenu par la CNAMGS est la rémunération à l'acte. Ce mécanisme a tendance à accroître le nombre de prestations. Vu le manque de données disponibles, il est difficile de savoir comment les ressources de la CNAMGS sont dépensées, mais il est fort probable qu'elles reviennent surtout aux hôpitaux. Nombre de patients se détournent des établissements de santé de niveau inférieur au profit d'établissements de niveau supérieur afin de recevoir des soins de meilleure qualité. Les soins sont plus coûteux à l'hôpital que dans les centres de soins de santé primaires. Depuis l'introduction du programme de la CNAMGS, on observe également une augmentation des dépenses consacrées aux produits pharmaceutiques. Par ailleurs, il semblerait que des actes tels que les césariennes se multiplient avec le temps, mais rien n'indique que cela résulte du mode de remboursement de la CNAMGS, sachant que les remboursements des césariennes sont plus élevés que ceux des accouchements naturels. Cependant, le mécanisme de rémunération à l'acte est connu pour engendrer une demande due au prestataire. Il est donc essentiel de passer en revue les différents facteurs de coût et de mettre en place des mécanismes permettant de les maîtriser.

Septièmement, afin de réduire l'aléa moral, la CNAMGS a institué un ticket modérateur, qui peut parfois représenter un obstacle : (i) l'ensemble des assurés, quels que soient leurs revenus, doivent s'acquitter du ticket modérateur et (ii) toutes les personnes non assurées doivent payer une redevance pour service rendu. D'après l'enquête démographique et de santé du Gabon (EDSG) de 2013, le coût des soins constituerait un obstacle à l'accès aux soins de santé. Il est donc nécessaire d'examiner de plus près les dépenses de santé non remboursables des ménages et la manière dont elles sont ventilées.

Huitièmement, les coûts administratifs de la CNAMGS semblent élevés (plus de 30 % en 2012). Des économies d'échelle peuvent être réalisées en fusionnant des différents régimes d'assurance maladie — aujourd'hui gérés de façon indépendante — au sein de la CNAMGS.

Neuvièmement, il y a des craintes au sein de la CNAMGS que le régime des catégories les plus démunies (Gabonais économiquement faibles — GEF) ne soit pas financièrement viable. L'augmentation des dépenses de santé est plus importante que celle des revenus. La mutualisation et l'interfinancement pourraient constituer des solutions. Une analyse de faisabilité permettrait par ailleurs d'établir des prévisions sur l'évolution des revenus et des dépenses à travers le temps. Elle donnerait aussi l'occasion de formuler des recommandations visant à assurer la viabilité financière du nouveau régime.

Dixièmement, bien que le NHIP gagne en puissance, le système de santé du Gabon accuse du retard. De nombreux établissements de santé privés relevant de la CNAMGS ne sont pas accrédités pour diverses raisons, dont un faible niveau de qualité ou des problèmes administratifs. Les établissements publics sont accrédités, mais ils fonctionnent en vertu d'une accréditation globale. L'objectif du financement du côté de la demande était que les ressources devaient suivre les patients. Cependant, le payeur/acheteur comme le patient ont exprimé des inquiétudes concernant la qualité des soins. De nombreux patients se détournent des établissements de santé de niveau inférieur au profit d'établissements de niveau supérieur. De maigres investissements ont été réalisés en faveur des soins de santé primaires et de la santé publique. Ces activités manquent de ressources et engendrent également des coûts inutiles.

Onzièmement, le Gabon s'appuie largement sur les enquêtes auprès des ménages pour suivre l'évolution de son secteur de santé. Certes, il existe des systèmes d'information institutionnels, mais leurs données sont limitées. Le ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) a créé un service chargé du système d'information pour la gestion de la santé, baptisé COSP (Cellule d'observation de la santé publique) ; des efforts sont entrepris actuellement pour renforcer les systèmes d'informations géographiques (SIG) pour l'ensemble de la population. L'adoption d'une stratégie de cybersanté (eHealth) est nécessaire avant de renforcer les systèmes de surveillance et d'information concernant les établissements. La CNAMGS dispose d'un programme de cybersanté lui permettant d'immatriculer ses bénéficiaires, cependant un système de traitement électronique des demandes de remboursement (eClaims) permettrait d'améliorer l'efficacité de la gestion des demandes de remboursement et les délais de remboursement une fois les dossiers traités.

Douzièmement, avec le temps, la part des dépenses de santé non remboursables dans le montant total de dépenses de santé a baissé, mais elle reste importante (41 % en 2012). Les ménages continuent à faire face à des coûts de santé élevés. Les familles disposent par conséquent d'une protection financière limitée en cas de maladie. Une proportion importante de la population (55 %) ne bénéficie d'aucune protection financière (CNAMGS 2013). De nombreuses familles continuent de se plaindre des coûts de santé (EDSG 2013). Les facteurs de coûts médicaux et non médicaux que subissent ces ménages doivent faire l'objet d'une meilleure compréhension. Il est essentiel de traiter le problème de l'insuffisance du niveau de protection financière apportée par ce programme.

## **Prochaines étapes vers la mise en place d'une couverture santé universelle au Gabon**

Du fait que le pays a opté pour un Programme national d'assurance maladie (NHIP), et vise à mettre en place une couverture santé universelle, il est essentiel de fixer des priorités afin de s'attaquer aux prochaines étapes. Certaines questions clés devront être examinées :

- Le NHIP est-il financièrement faisable : comment les ressources sont-elles mutualisées, qui paie et quelles sources de financement doivent être assurées pour garantir leur viabilité financière ?
- Qui bénéficie du NHIP, et qui en est exclu ? Comment assurer l'immatriculation de ces non-bénéficiaires afin de parvenir à la couverture santé universelle ? Quels sont les problèmes et comment les surmonter ?
- Le régime de prestations du NHIP est-il financièrement accessible : qui participe à son financement et qui en bénéficie ?
- Les droits prévus dans le cadre du NHIP sont-ils facilement accessibles et d'un niveau acceptable ?
- Le mécanisme d'achat du NHIP contribue-t-il à éviter l'aléa moral et la demande due au prestataire ? Contribue-t-il à améliorer la performance ?
- Les processus administratifs mis en place dans le cadre du NHIP permettent-ils une amélioration de l'efficacité, l'équité, les normes de contrôle de la qualité et la maîtrise des coûts ?

### **Les options de réforme**

Il est nécessaire de garantir certains ou l'ensemble des points suivants pour obtenir un programme de santé efficace, financièrement accessible et viable, dans le respect de l'engagement à mettre en place une couverture santé universelle. Cette section examine certains problèmes et quelques options de réforme en vue de leur examen par le gouvernement à moyen terme (voir Tableau 2 de cette section pour un résumé, ainsi que l'Annexe C).

### **Problèmes et options de réforme concernant la CNAMGS**

#### **Source de recettes**

*Augmenter les recettes publiques à partir de sources progressives* : le Gabon étudie actuellement plusieurs options pour augmenter ses recettes. Il est indispensable que les groupes à revenus supérieurs contribuent davantage que les groupes à faibles revenus. Les recettes fiscales et parafiscales financent la couverture des catégories démunies (GEF), et les impôts sur salaires couvrent les travailleurs du secteur formel qui n'appartiennent pas aux catégories les plus pauvres. Le financement du NHIP au Gabon est considéré comme un impôt progressif. Cependant, la source de financement alimentant le GEF risque de ne pas être viable et pourrait être nécessaire d'envisager d'autres options. Inversement, les cotisations sont considérées comme étant dégressives, sauf si elles sont dépendantes des revenus.

*Améliorer la conformité des immatriculations et la perception des cotisations* : Les immatriculations restent incomplètes. Si leur nombre pouvait augmenter, cela générerait automatiquement des ressources supplémentaires et réduirait les coûts administratifs liés aux opérations de la CNAMGS. Bien que le transfert de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) vers la CNAMGS a constitué un obstacle majeur (politiquement, financièrement et techniquement) à l'affiliation réussie du secteur privé, les deux parties semblent apparemment disposées à avancer. Des ressources supplémentaires devraient être disponibles d'ici à 2015. Malgré tout, l'ampleur des contributions du secteur privé demeure incertaine. Compte tenu du fait que seule une petite partie de la population du Gabon relève du secteur formel, les contributions privées risquent d'être limitées. Il est indispensable que le gouvernement évalue les éventuelles insuffisances dans le budget de la CNAMGS.

*Source de financement pour la couverture des travailleurs du secteur informel assurée par la CNAMGS*. Le NHIP a été incapable de mettre en place un régime obligatoire ou non compensatoire pour les travailleurs du secteur informel qui ne sont pas pauvres. Un grand nombre de ces travailleurs sont en bonne santé. Ils ont des moyens financiers, mais ne s'affilient pas au NHIP (sélection négative). Leur affiliation pourrait diversifier encore plus les risques mutualisés. Pour les pousser à s'affilier, des incitations pourraient être offertes en proposant des conditions plus attractives sous forme de cotisations de groupe. Comment augmenter les affiliations des travailleurs du secteur informel à la CNAMGS et comment les financer : faut-il opter pour des subventions ou un partage des coûts ? Une solution consisterait à faire bénéficier ce sous-groupe d'un financement public. Une stratégie faciliterait l'évaluation et l'orientation du débat. Une analyse actuarielle des régimes de prestations aiderait à déterminer le taux de cotisation adapté.

### ***Type de mutualisation des fonds***

*Interfinancement* : La CNAMGS possède trois régimes : (i) pour les pauvres, (ii) pour les fonctionnaires et le secteur formel, (iii) pour le secteur informel. Le NHIP a été créé pour assurer la couverture universelle. La couverture a été étendue de façon considérable et avec succès. Cependant, les régimes sont éclatés et il n'existe pas de projets clairs de mécanisme de mutualisation permettant un interfinancement. Avec un tel cadre institutionnel, il est peu probable que les risques soient partagés et qu'un interfinancement soit mis en place entre les riches et les pauvres, les personnes en bonne santé et celles qui sont malades. Pour permettre à la fois progressivité et efficacité, il est fortement recommandé de (i) mutualiser les risques pour la population générale et pour les pauvres, ou (ii) élaborer des formules d'interfinancement permettant des transferts entre les différents groupes. Les coûts administratifs de la CNAMGS sont importants, du fait que chaque régime est géré de façon indépendante par rapport aux autres.

*Viabilité financière de l'assurance santé* : Par ailleurs, il existe peu d'estimations cohérentes des coûts et aucune étude actuarielle systématique permettant de

s'assurer de la viabilité de chaque régime. Alors que la CNAMGS s'efforce actuellement de mettre en place de nouveaux régimes d'assurance pour les catégories de population qui ne bénéficient d'aucune couverture, et qu'elle recherche pour cela des sources de financement supplémentaires, elle devrait en premier lieu envisager une étude actuarielle complète des régimes actuels et proposés, ainsi que des cotisations estimées de façon actuarielle.

*La politique de la CNAMGS en matière de réserves devrait être précisée.* Les ressources affectées aux différents régimes du NHIP ne sont pas mutualisées et il est difficile de déterminer le montant des réserves du NHIP. Sa politique en matière de réserves n'est pas claire. Les actuaires recommandent souvent que, dans l'optique d'un programme d'assurance maladie plus solide, le montant des fonds détenus dans les réserves représentent environ quatre à six mois de demandes prévues de demandes de remboursement. Une analyse actuarielle plus approfondie pourrait révéler plus précisément ce qui se trouve dans cette réserve et proposer quelques suggestions politiques sur les montants qu'il serait souhaitable de détenir dans la réserve.

### ***Population couverte***

*Admissibilité des catégories à faible revenu :* Pour être admissible à des subventions de l'assurance maladie, un adulte doit gagner moins de 80 000 XAF par mois (160 \$EU), soit un salaire minimum au Gabon. Un recensement national a été utilisé pour élaborer la liste des bénéficiaires. Les conditions de ressources ayant été difficiles à appliquer, la liste actuelle contiendrait des erreurs et pourrait inclure des personnes des quintiles supérieurs. Il est également question de modifier les critères d'admissibilité, et de prendre en compte les revenus de tout le ménage plutôt que les revenus individuels. Les propositions visant à attribuer les subventions gouvernementales à des personnes réellement indigentes sont non seulement louables mais permettent de dégager des ressources et de renforcer l'équité et les protections financières.

*Envisager l'introduction d'une couverture obligatoire dans le secteur informel:* Alors que la CNAMGS semble progresser rapidement dans l'immatriculation des pauvres, des fonctionnaires et des travailleurs du secteur privé, les choses avancent lentement pour la couverture des travailleurs du secteur informel ; il n'existe aucun régime spécifique pour ces personnes et aucun n'est prévu pour le moment. L'immatriculation des travailleurs du secteur informel est facultative et il existe peu d'incitations pour les y encourager. Des expériences dans d'autres pays montrent que la couverture des travailleurs du secteur informel peut représenter un défi. Or plus de 70 % de la population du Gabon vient du secteur informel. Dans des pays comme le Ghana ou les Philippines, on a observé une stagnation de l'immatriculation parce qu'il était difficile d'atteindre les travailleurs de ce secteur. En ce qui concerne la Thaïlande, elle a décidé de subventionner les cotisations pour l'ensemble des travailleurs du secteur informel dans le cadre des impôts généraux. Il y a des pour et des contre, et le subventionnement du secteur informel pourrait inciter le secteur formel à augmenter les activités

informelles (comme aux Philippines) ; des subventions (partielles ou complètes) pourraient cependant contribuer à une augmentation des affiliations. Le Gabon devra trouver les moyens d'inciter ces travailleurs à se faire immatriculer. Les questions essentielles auxquelles la CNAMGS devra répondre pour élaborer sa politique sont les suivantes : existe-t-il une demande, qui paiera les cotisations, y aura-t-il des subventions gouvernementales, combien, et quelles seront les sources de financement ? La CNAMGS envisage d'élaborer une stratégie en 2015 et 2016 afin d'assurer la couverture des travailleurs du secteur informel.

### ***Produits achetés***

*Le régime de prestations* : Le régime de prestations de la CNAMGS est complet (soins ambulatoires, hospitalisations, médicaments), mais curatif par essence. Il exclut les biens et services qui sont communicables, pris en charge par le ministère de la Santé publique et de la Population ou par le biais de financements externes. Il est impératif de s'assurer que les objectifs de santé publique sont atteints de façon équivalente et que la couverture santé s'élargisse rapidement. Par ailleurs, le régime de prestations de la CNAMGS inclut une couverture non sanitaire, comme la prime d'accouchement ou les aides scolaires pour les enfants de moins de 18 ans. Ce type de prestations doit-il être assuré par un régime d'assurance santé ? Les cotisations perçues par la CNAMGS ne sont pas basées sur une estimation actuarielle, et il n'est donc pas évident de collecter des montants suffisants pour couvrir les coûts des soins. Cependant, une analyse financière et actuarielle de la viabilité est prévue pour 2015 et 2016.

### ***Mécanisme d'achat***

*Mécanisme de paiement du prestataire et incitations pour une demande due au prestataire* : La CNAMGS a recours au mécanisme de la rémunération à l'acte pour les actes et les médicaments, quel que soit le type d'établissement (centres de soins et hôpitaux). Ce mécanisme est connu pour engendrer une demande due au prestataire. Le nombre d'actes a augmenté ; cependant, l'examen détaillé de la situation reste à faire. Cette étude n'a pas permis de recueillir des informations sur la façon dont les modalités des actes ont évolué. Cependant, les dépenses liées aux demandes de remboursement ont augmenté de façon considérable en pourcentage des dépenses totales de la CNAMGS et par habitant. Les incitations résultant du mécanisme de rémunération à l'acte sont souvent dévoyées ; par exemple, le nombre élevé de césariennes pratiquées est clairement lié au fait que les praticiens perçoivent un montant supérieur par rapport aux accouchements normaux. D'autres mécanismes de paiement des prestataires pourraient être envisagés, comme une capitation versée lors de soins de santé primaires et paiement en fonction des cas traités dans les hôpitaux (Tableau 1).

*Le filtrage est-il une option envisageable ?* Le système actuel de paiement dans les 80 hôpitaux et établissements de santé sous contrat s'appuie sur des tarifs fixes pour chaque acte pratiqué.<sup>5</sup> En l'absence d'un mécanisme évident de contrôle des coûts et de régulation, ce système de paiement risque d'aggraver la

**Tableau 1 Systèmes de paiement des prestataires : mode de rémunération, conséquences et exemples de pays**

	<i>Mode de rémunération</i>	<i>Conséquences</i>	<i>Exemples de pays</i>
Soins de santé primaires	Budget par poste : montants fixes pour les intrants	Fort contrôle des coûts ; risques de sous- budgétisation	Royaume-Uni dans les années 1980, anciennes républiques de l'Union soviétique. Aujourd'hui : Rép. arabe d'Égypte, Philippines, Vietnam, Bangladesh, Mozambique
	Rémunération à l'acte : paiement en fonction du nombre d'actes prodigués (recours à une grille tarifaire ou paiement rétroactif calculé d'après le coût)	Encourage la surbudgétisation et les services coûteux	France, Canada, Chine, Japon République de Corée, États-Unis (système de paiement à l'acte), Autriche, Allemagne, la plupart des pays d'Afrique
	Capitation : montant forfaitaire par résident affilié	Rémunération d'après le rendement ; peut susciter de nouvelles affiliations ; contrôle des coûts ; risque de sous-budgétisation et de sélection des patients	Royaume-Uni, Espagne (médecins généralistes)
Hôpitaux et soins intensifs	Budget global déterminé par l'historique des dépenses	Contrôle des coûts ; risque de sous-budgétisation ; pas d'incitation à améliorer la productivité ; déficit de certains établissements	France (ancien système des hôpitaux publics), Irlande (budgets globaux adaptés au contexte local)
	Rémunération selon le contexte local : remboursement par groupe homogène de malades <sup>a</sup>	Encourage à soigner plus de patients ; peut améliorer l'efficacité (durée de séjour) ; adoption de stratégies ambulatoires ; risque de sélectionner des patients peu coûteux, soins pas forcément adaptés)	États-Unis (1 <sup>er</sup> système de groupes homogènes de malades [GHM]), Australie, France (depuis 2007), Allemagne, Suisse, Brésil, Thaïlande, Hongrie, Slovaquie. Projets pilotes en Indonésie, au Vietnam, en Rép. de Corée et en Chine.
	Rémunération à la journée : Tarif journalier	Allonge la durée de séjour et le nombre d'admissions	Autrefois : Allemagne, Brésil (dans les années 70), Estonie (associé à un plafond budgétaire)

Source: d'après Langenbrunner, Cashin et O'Dougherty 2009 et Park et al. 2007.

a. Les groupes homogènes de malades (GHM) sont un système de classification des patients qui divise les utilisateurs en groupes similaires d'un point de vue économique et médical ; ils sont réputés recourir de façon similaire aux services de santé et aux coûts associés.

fragilité fiscale de la CNAMGS. L'introduction d'un système de paiement hybride, incluant des tarifications à l'activité en fonction des cas traités et des budgets fixes de soutien, pourrait constituer une stratégie efficace pour maîtriser les coûts. Un autre moyen de libérer des ressources serait d'encourager les patients à avoir recours aux soins primaires comme point d'entrée (grâce à des systèmes de filtrage, par exemple). Cependant, dans les deux cas, l'attention doit être d'abord portée sur l'amélioration de la qualité des soins.

*Réduction de l'aléa moral* : Le système de paiement au prestataire incite les patients à utiliser plus de services, alors que le recours au ticket modérateur peut entraîner une réduction de l'aléa moral. Il est nécessaire de mieux comprendre l'effet du ticket modérateur sur le recours aux services. Ce système a-t-il des effets négatifs ?

*Le ticket modérateur et ses effets sur l'offre de protection financière contre le coût de la maladie.* Le pays n'offre toujours pas de protection financière. On attend beaucoup plus d'un pays à revenu intermédiaire tranche supérieure, qui a pour objectif d'introduire une couverture santé universelle. La CNAMGS affirme y être parvenue pour les catégories les plus pauvres. Cependant, sa politique du ticket modérateur pour les actes médicaux et les médicaments nécessite une évaluation plus poussée. Même si cette politique a été adoptée pour réduire l'aléa moral, elle peut également entraîner pour les ménages des dépenses de santé importantes, notamment pour les foyers pauvres ou proches du seuil de pauvreté. Il convient de noter qu'un grand nombre de ses bénéficiaires consultent à l'hôpital plutôt qu'en centre de soins. Les déplacements vers l'hôpital en centre-ville accroissent les frais de transport. Les charges pour des actes identiques pratiqués en consultation sont plus élevées en hôpital qu'en centre de soins. Les établissements de santé privés pratiquent également des dépassements d'honoraires. La plupart des patients pauvres ne fréquentent pas ces établissements mais, le cas échéant, leurs dépenses de santé peuvent être encore plus élevées. En l'absence d'enquêtes sur les revenus et les dépenses des ménages, il est difficile de savoir précisément ce que les familles dépensent pour leur santé. Une analyse sur l'incidence des bénéfices permettrait d'identifier plus clairement les bénéficiaires des subventions gouvernementales, mais le manque d'informations rend impossible une telle analyse. Toutefois, l'enquête sur la pauvreté auprès des ménages qui sera menée en 2015 devrait apporter des éléments de réponse.

### ***Gestion des dépenses***

À l'exception du partage des coûts, l'augmentation des revenus n'améliore guère l'efficacité des dépenses ; une augmentation des dépenses doit être accompagnée d'améliorations dans l'efficacité technique du système et de son mécanisme d'allocation.

*Mise à disposition des ressources dans les délais.* La mise à disposition des ressources par le Trésor et les services fiscaux serait régulièrement retardée. Ces retards affectent la crédibilité de ces fonds, particulièrement chez les pauvres et les fonctionnaires. Cette situation affecte également les délais de remboursement de la CNAMGS aux prestataires de santé.

*Traitement des demandes de remboursement* : La CNAMGS a introduit un système de cybersanté (eHealth) afin de procéder à l'affiliation de ses bénéficiaires. Cependant, il ne s'agit pas encore d'un système complet incluant des demandes de remboursements électroniques (eClaims) et les demandes sont encore traitées manuellement. Si l'on en croit les praticiens, les remboursements seraient souvent retardés pour diverses raisons : lenteur dans le déblocage des fonds par le Trésor à la CNAMGS, réserves insuffisantes ou traitement manuel des demandes.

**Tableau 2 Quelques pistes sommaires pour réformer la CNAMGS**

<i>Problèmes</i>	<i>Options</i>
Couverture de la population : augmenter le nombre d'affiliations	<p>Veiller à ce que les personnes inscrites comme GEF soient effectivement pauvres (critères sociaux officiels éventuellement associés à une vérification des faits). S'assurer que les bénéficiaires du GEF conservent une aide à l'acquisition d'une assurance maladie.</p> <p>Identifier les travailleurs du secteur informel, les inciter à s'inscrire et/ou débloquent des subventions gouvernementales pour leurs cotisations.</p> <p>Veiller à ce que les employés du secteur privé considèrent l'affiliation au régime public de santé comme un avantage. Ils disposent d'autres options susceptibles de leur offrir de meilleures prestations de santé.</p>
Contrôle des coûts/ amélioration de l'efficience	<p>Le système de rémunération à l'acte fait que c'est le prestataire qui crée la demande. Surveiller la façon dont cela affecte le recours aux services de santé et les pratiques de prescriptions.</p> <p>Envisager le paiement par capitation pour les soins primaires.</p> <p>Débloquer les remboursements dans des délais raisonnables.</p> <p>Réaliser des contrôles de validation et des audits techniques pour chaque demande de remboursement.</p> <p>Mutualiser les systèmes de rémunération afin de réduire les coûts administratifs superflus liés à la coexistence de plusieurs systèmes.</p> <p>Promouvoir les génériques et veiller à ce que les tarifs soient proches des prix de référence internationaux pour les médicaments.</p> <p>Augmenter le nombre de prestataires privés accrédités.</p> <p>Améliorer la qualité des soins (et donc l'accréditation de fait) des prestataires publics.</p> <p>Réévaluer le régime de prestations et ses coûts. L'assurance proposée offre une couverture complète, mais faut-il inclure des avantages sociaux non médicaux dans un plan d'assurance maladie ?</p> <p>Revoir la politique tarifaire.</p> <p>Recourir davantage aux TIC pour gérer les demandes de remboursement.</p>
Viabilité financière	<p>Effectuer une analyse de viabilité actuarielle et financière.</p> <p>Veiller à ce que les fonds débloqués par le trésor soient versés en temps opportun à la CNAMGS. Ce point est particulièrement essentiel à la viabilité des deux caisses (celle du GEF et la caisse des fonctionnaires), qui dépendent toutes deux de contributions du secteur public.</p> <p>Veiller à ce que les sources de financement soient viables au regard des projections de croissance. Le montant des cotisations est fixé en fonction d'estimations actuarielles.</p> <p>Veiller à la mise en place d'une politique de gestion des réserves.</p>
Protection financière	<p>Reconsidérer les politiques de ticket modérateur pour les bénéficiaires GEF.</p> <p>Régulariser les comptes nationaux de santé (CNS).</p> <p>Améliorer les systèmes de suivi.</p>

*Note* : Voir Annexe C pour une version plus détaillée de cette présentation sommaire. CNAMGS = Caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale; GEF = Gabonais économiquement faibles; TIC = technologies de l'information et de la communication; CNS = comptes nationaux de santé.

Du fait que de nombreux praticiens comptent fortement sur les ressources extra-budgétaires pour leurs coûts de fonctionnement, les retards de remboursement peuvent avoir des conséquences sérieuses pour un établissement de santé. Des évaluations plus poussées sont nécessaires. La création d'une cellule spécialisée

dans l'audit/la gestion de la fraude permettrait notamment d'assurer la validation des remboursements.

*Améliorer la qualité du service et réorienter les subventions budgétaires* : Une qualité de services insuffisante engendre des coûts superflus pour le système (contournement, visites de suivi, fausses prescriptions, recours excessif à des actes coûteux) et, au bout du compte, porte préjudice à la santé des patients. Le Gabon a réalisé d'importants investissements pour répondre aux inquiétudes sur la mauvaise qualité des soins. Il est nécessaire de poursuivre ces efforts en se concentrant sur les soins primaires et préventifs. Pour améliorer l'accès aux soins, il pourrait être nécessaire de redistribuer certaines dépenses publiques de santé à des niveaux de soins inférieurs (c'est-à-dire soins primaires et préventifs), afin que les patients défavorisés puissent bénéficier davantage des subventions publiques. Les paiements basés sur la performance pourraient être une solution pour améliorer la qualité des services. Le recours à l'accréditation pourrait en être une autre ; en effet, il existe très peu d'établissements de santé privés accrédités au Gabon. Cette initiative permettrait d'améliorer l'efficacité des dépenses.

### **Autres options**

#### ***Allocation des ressources***

*Utiliser des critères d'équité dans l'allocation des fonds aux régions.* La formule utilisée par le ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) pour allouer les ressources aux régions et cantons semble davantage influencée par les hôpitaux que par les résultats sanitaires ou les carences des services de santé. Aucun critère d'équité n'est retenu dans l'allocation des fonds. Ainsi, bien que le bilan sanitaire de la région Nord soit le moins bon, le MSPP attribue à cette région le moins d'allocations sanitaires par habitant. Il convient donc de reconsidérer cette formule.

*Baser les dépenses publiques sur des principes rationnels et l'efficacité.* Les investissements sont mal répartis, il manque du matériel médical et beaucoup de véhicules sont obsolètes et hors service, en particulier dans les établissements de premier niveau. Ces réformes exigeront des investissements coûteux ; cependant, des gains d'efficacité peuvent être obtenus en procédant à des investissements plus judicieux. Par exemple, la justification d'un investissement (des hôpitaux au lieu de cliniques de soins primaires) pourrait englober, entre autres, la décentralisation, la mutualisation, l'amélioration des normes, les processus administratifs et les mesures de suivi.

#### ***Des mesures incitatives basées sur la performance***

*Réduire la fragmentation des financements de santé publique.* Bien que le gouvernement ait séparé les fonctions des prestataires (de soins) et des tiers payants au sein des organismes de santé, il continue à financer directement certains postes de dépenses. Le MSPP finance toujours les rémunérations des personnels, les services de prévention et les biens de santé publique (vaccins, médicaments, produits de base) ; le financement de ces services provient de taxes générales et de financements extérieurs. Le NHIP finance les dépenses récurrentes pour les services et les

médicaments curatifs, et rembourse les prestataires, mais aucune réflexion n'est menée sur des mesures incitatives destinées à réduire les coûts ou améliorer la qualité des soins. Les deux systèmes de paiement (MSPP et NHIP) ont des incitations différentes. Plusieurs solutions à ce problème sont envisageables : (i) le MSPP conserve le financement des biens de prévention et de santé publique, et parallèlement, le NHIP encourage les prestataires de soins à privilégier les soins préventifs plutôt que curatifs (par exemple, avec des versements basés sur la performance) ; ou (ii) le MSPP mutualise le financement des soins préventifs et curatifs grâce aux fonds du NHIP, et ce dernier intègre ces incitations à son régime de prestations. Ces options peuvent encourager efficacement les prestataires et les consommateurs à demander des soins préventifs plutôt que curatifs.

*Encourager les prestataires et les consommateurs de soins à contribuer à la réalisation des OMD.* Le Gabon serait largement gagnant si les programmes financés par des fonds publics ciblaient davantage les pauvres et les vulnérables. Ces programmes pourraient cibler les maladies contagieuses, les programmes de santé publique, les biens publics, et des interventions communautaires rentables ainsi que des centres de santé et réseaux d'aiguillage des patients au niveau le plus bas. Des incitations basées sur la performance (par exemple, un financement basé sur les résultats) destinées aux prestataires et contrôleurs sanitaires seraient une opportunité idéale de privilégier les OMD, la prévention et la qualité des soins. Par ailleurs, les consommateurs pourraient être encouragés (par le biais de versements conditionnels en espèces, par exemple) à favoriser les OMD, à recourir davantage aux services de prévention et à accéder en temps opportun aux soins appropriés.

*Encourager les professionnels de santé à exercer ailleurs que dans les hôpitaux et centres urbains.* La mauvaise répartition géographique des professionnels de santé constitue un enjeu majeur. Outre le nombre limité de certains cadres de santé, les professionnels de santé sont essentiellement concentrés dans les zones urbaines et les hôpitaux. Il est nécessaire d'évaluer et de tirer des enseignements d'autres systèmes d'incitation existants au Gabon. Quelles motivations supplémentaires peuvent être proposées ?

*Encourager les professionnels de santé à améliorer leur productivité.* Le gouvernement a proposé des primes en vue d'améliorer la productivité. Si cet effort n'a pas fait l'objet de nombreuses évaluations, tout porte à croire que les paiements fondés sur les intrants mais sans obligation de résultat ne modifient pas les comportements. La solution pourrait consister à expérimenter diverses primes basées sur la performance (par exemple, un financement basé sur les résultats) afin d'encourager une amélioration de la productivité.

### ***Responsabilisation***

*Garantir la responsabilité publique et sociale.* Dans le secteur de la santé, la responsabilisation des intervenants reste faible, et les dépenses ne sont pas toujours signalées ou évaluées. Les indicateurs des services de santé, comme le profil des utilisateurs ou la qualité des soins, font rarement l'objet de rapports. En outre, la

société civile ne dispose pas d'informations suffisantes sur les activités du secteur public. Il serait souhaitable d'instaurer des mécanismes afin de responsabiliser davantage les intervenants, entre autres par le biais d'accords contractuels entre l'acheteur et le prestataire et de paiements basés sur les résultats, la performance et la transmission des informations. En outre, la société civile pourrait être impliquée dans les processus de planification, de supervision et d'évaluation. Les informations pourraient être largement diffusées sur des sites Internet et via des assemblées communautaires.

*Améliorer l'accès à des informations fiables pour la prise de décisions.* Le secteur privé offre peu d'informations sur la quantité et la qualité des soins. Il est cependant nécessaire d'avoir toutes les informations requises pour mettre en place une planification globale et prendre les bonnes décisions. Il est aussi nécessaire d'encourager le secteur privé à transmettre des informations fiables et en temps opportun, et les prestataires et les associations du secteur privé pourraient coordonner cet effort. Pour faire avancer le calendrier des réformes, le gouvernement du Gabon pourrait procéder à des remaniements dans les domaines suivants : (i) la décentralisation et la gouvernance, (ii) l'accès aux prestations de santé, (iii) la santé publique et (iv) le financement du secteur sanitaire. Dans sa transition vers la couverture santé universelle, il pourrait aussi mettre en place un processus de réforme du système de santé global et responsable

### **Aller de l'avant : options du Gabon pour accroître la marge de manœuvre budgétaire du secteur de la santé ?**

Le Gabon s'est engagé à mettre en place une couverture santé universelle. Le secteur public aura donc besoin de ressources supplémentaires pour améliorer la protection financière des ménages et renforcer le système de prestations de santé. Le coût d'une telle réforme reste à déterminer, mais selon une estimation approximative, pour augmenter de 60 % le nombre d'affiliation des travailleurs du secteur informel à la CNAMGS (et augmenter le nombre total des inscrits de 45 % en 2012 à 74 % en 2018), il faudra trouver 30 milliards FCFA (XAF) supplémentaires d'ici à 2018. Ces fonds augmenteraient le PIB de 0,3 à 0,5 points supplémentaires d'ici à 2018. Mais d'où viendront-ils ?

Une analyse de la marge de manœuvre budgétaire du Gabon a étudié diverses options pour trouver de nouvelles ressources pour le secteur santé. Des économies importantes peuvent être réalisées en améliorant l'efficacité des allocations et des dépenses. Le pays pourrait aussi dégager des ressources supplémentaires en augmentant sa croissance économique, en instaurant de nouvelles priorités pour le secteur de la santé, en recourant à des fonds pré-affectés et en faisant des emprunts.

*La croissance économique ne peut à elle seule engendrer les ressources supplémentaires nécessaires à la mise en place de la couverture santé universelle.* La croissance économique prévisionnelle du Gabon devrait être de 6 % en moyenne entre 2012 et 2020. Si les gouvernements continuent de gérer les dépenses de santé comme par

le passé, ce secteur devrait recevoir une quote-part proportionnelle à l'augmentation du PIB (par exemple, si le PIB augmente de 1 point, les dépenses de santé du gouvernement devraient augmenter de 1,8 %). L'auteur de cette note a procédé à une simulation des ressources supplémentaires nécessaires pour étendre la couverture de la CNAMGS à une part plus importante de la population. Cette simulation suggère que les dépenses de santé doivent augmenter chaque année d'environ 3 % (et non 1,8 %) afin que le gouvernement puisse fournir les ressources nécessaires pour élargir la population éligible à la couverture santé universelle. Par conséquent, la croissance économique ne peut à elle seule générer les ressources supplémentaires nécessaires à moyen terme.

*Une piste à explorer : fixer des priorités dans le budget de santé.* Des ressources supplémentaires seraient disponibles si le pays fixait différentes priorités et consacrait une part plus importante de son budget à la création d'une couverture santé universelle. À l'heure actuelle, le budget alloué à la santé est modeste, et un montant plus important pourrait être affecté si le gouvernement considérait la santé comme une de ses priorités.

*Une exécution budgétaire plus efficace permettrait de dégager de nouvelles ressources.* Dans le passé, les financements publics, le déblocage des fonds et l'usage des fonds débloqués ont souvent été faits de façon capricieuse. Si les fonds peuvent être maintenus et que le taux d'exécution est amélioré, ces facteurs pourraient à moyen terme apporter de nouvelles ressources au budget.

*Une piste à explorer : les sources de financement extrabudgétaires.* Le Gabon possède déjà des fonds spécifiquement affectés à la santé. Cependant, les sources de ces fonds (à travers les téléphones portables et les envois de fonds depuis l'étranger) risquent de ne pas connaître une croissance suffisante à long terme. Quelles autres voies peuvent donc être explorées ? L'une d'elles consisterait à envisager de nouvelles stratégies, comme l'instauration d'une taxe sur le tabac. Une augmentation du droit d'accise (et du prix) du tabac et de l'alcool pourrait entraîner une baisse de la consommation de ces substances. Cela engendrerait aussi des revenus qui pourraient être spécifiquement affectés à la santé. Une étude supplémentaire serait nécessaire pour envisager cette option.

*Améliorer l'accès à des revenus générés en interne (IGR).* Plusieurs sources de financement extrabudgétaire n'ont pas encore été ventilées, mais elles pourraient contribuer au financement du secteur public, tant du côté de la demande que de l'offre. Malgré la réglementation en vigueur, les IGR ne font l'objet d'aucun suivi, d'aucune mutualisation, et d'aucune mesure d'application. Or, ils peuvent jouer un rôle capital en facilitant l'élaboration des budgets et des systèmes de subventions croisées. En bref, le Gabon obtiendra probablement de nouvelles ressources pour le secteur santé grâce à sa croissance économique et à l'établissement de priorités budgétaires différentes pour ce secteur. Tout effort visant à renforcer le système de santé doit se faire conjointement avec les efforts entrepris pour obtenir de nouvelles ressources en améliorant l'efficacité et en réduisant les dépenses superflues.

## Conclusion

La couverture santé universelle est définie comme une situation où toute personne nécessitant des services de santé (prévention, promotion, soins, rééducation ou désintoxication et soins palliatifs) les reçoit effectivement sans engendrer des difficultés financières excessives (Rapport sur la santé dans le monde 2010). La couverture santé universelle comporte trois composantes étroitement liées : (i) un éventail complet de services de santé de qualité basés sur la demande ; (ii) une protection financière évitant le paiement direct des services de santé dispensés ; et (iii) une couverture étendue à l'ensemble de la population. Bien que le Gabon projette d'instaurer cette couverture universelle, les éléments ci-dessus doivent être encore mis en place.

Cette note d'orientation a démontré qu'à l'heure actuelle, les ressources existantes au Gabon ne sont pas dépensées efficacement. L'OMS juge que 20 à 40 % des ressources du secteur santé sont dilapidées en raison de mauvais fonctionnements. Le Gabon doit donc prendre des mesures immédiates pour évaluer la situation et trouver des solutions pour réduire les coûts.

Cette note d'orientation montre aussi qu'à court terme, une intervention immédiate pourrait permettre d'améliorer l'efficacité dans divers domaines : par exemple, en élaborant une stratégie de financement du secteur santé, en rationalisant les plans d'investissement, en redirigeant les investissements en capital vers les soins de santé primaires et la santé publique, en améliorant les mécanismes de paiement des prestataires et les incitations apportées aux fournisseurs et aux consommateurs pour modifier leur comportement . . . (cf. Annexe C).

Cette note d'orientation suggère que de nouvelles ressources devront être mobilisées afin de tenir les promesses du pays concernant la couverture santé universelle et la couverture universelle d'assurance maladie. S'il est essentiel que la population s'inscrive à la CNAMGS afin d'instaurer une couverture universelle d'assurance maladie, il est tout aussi essentiel que les services de santé soient dispensés efficacement afin que la population bénéficie des avantages promis. Ces deux points doivent être traités conjointement afin d'améliorer la situation sanitaire globale. La CNAMGS n'en est encore qu'à ses débuts. Ces premiers efforts doivent être stimulés grâce à des réformes visant à améliorer la couverture santé et l'efficacité du programme.

La Banque Mondiale mène actuellement un dialogue avec le gouvernement. Compte-tenu de la quantité d'informations qu'elle a accumulées au niveau mondial et de son soutien techniques aux pays, elle est en mesure d'aider le Gabon à adopter de futures stratégies dans les domaines suivants : (i) aider la CNAMGS à formuler des plans d'action pour étendre la couverture des travailleurs du secteur informel, (ii) aider la CNAMGS à perfectionner ses mécanismes de paiement des prestataires et à offrir des incitations pour améliorer la performance et dispenser des soins et services appropriés, et (iii) aider la CNAMGS à réaliser une étude de faisabilité et de viabilité financière et à développer des idées permettant d'alimenter le programme national d'assurance maladie. Le Gabon a déjà parcouru un long chemin, et il s'est fixé un objectif ambitieux que nombre de pays plus importants doivent encore viser. La Banque mondiale désire aider le Gabon à réaliser son rêve de couverture universelle pour le peuple tout entier.

## Notes

1. Le financement du côté de la demande est un système permettant au gouvernement de financer la consommation privée de certains biens. Contrairement au financement du côté de l'offre, où l'argent public va directement aux prestataires, les consommateurs touchent un certain montant afin de payer certaines dépenses. Ce système valorise donc le choix du consommateur, qui décide lui-même où va l'argent public. <http://www.seor.nl/media/publications/economics-demand-side-financing.pdf>.
2. Un grand nombre de pays qui ont lancé un NHIP ont commencé par proposer un régime de prestations au secteur formel et ont immatriculé les employés concernés, parce qu'ils étaient plus facilement identifiables. En outre, les contributions pouvaient être prélevées directement sur les salaires. Néanmoins, par la suite, ces pays ont rencontré des difficultés quand ils ont proposé le même régime de prestations aux pauvres et ont voulu les inscrire. Cela était particulièrement vrai lorsqu'il y a eu des contraintes de financement du régime pour les pauvres.
3. Le Fonds de garantie sociale est financé par un impôt indirect : la redevance obligatoire à l'assurance maladie (ROAM), Ordonnance 0022/2007.
4. L'ensemble des sommes collectées constitue la redevance obligatoire à l'assurance maladie (ROAM).
5. De plus, la cotisation de 20 % restera une source de revenus directe pour les prestataires de soins.

## ANNEXE A

# Indicateurs de santé du Gabon

<i>Indicateurs</i>	<i>2000 (EDSG 2001)</i>	<i>2012 (EDSG 2013)</i>
Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes	57	43
Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes	84	65
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	519 (EDSG 2001) 420 (OMS 2000)	316 (EDSG 2013) ; 230 (OMS 2010) ; 520 (OMS 2010)
Utilisation de contraceptifs	33 % (12 % de moderne)	31 % (19 % de moderne)
Consultations prénatales (%)	94 %	95 %
Consultations postnatales (%)		66 %
Accouchements en institutions (%)	85 %	90 % Zone urbaine 94 % ; zone rurale 70 %
Enfants (12–23 ans) bénéficiant d'une couverture vaccinale totale (%)	17 % (rougeole = 55 %)	32 % (rougeole = 74 %)
Enfants de moins de 5 ans présentant des symptômes d'IRA	13 %	8 %
Enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme (fièvre)	29 %	24 %
Enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée	16 %	16 %
Enfants de moins de 5 ans soignés	48 % (Zone urbaine 52 % ; zone rurale 34 %)	68 % (Zone urbaine 71 % ; zone rurale 52 %)
Enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée soignés par TRO	33 %	37 %
Enfants de moins de 5 ans souffrant de fièvre et à la recherche de soins	62 %	67 %
Enfants de moins de 5 ans souffrant de fièvre et prenant des antipaludéens		26 %
Enfants de moins de 5 ans dormant sous une moustiquaire (%)	—	51 %

Source : Direction générale de la statistique et des études économiques (DGSEE). Enquête démographique et de santé au Gabon, 2001, 2013; OMS 2010.

Note : IRA = infection respiratoire aiguë ; TRO = thérapie de réhydratation par voie orale; - = non disponible.



## Messages clés du « Financement de la santé en République du Gabon »

### Message clés du Chapitre 2 — Résultats sanitaires et utilisation des services de santé

- Si le Gabon maintient et amplifie ses efforts, il est fort probable qu'il atteigne la cible 1 B de l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) sur la malnutrition infantile.
- En revanche, le Gabon est moins susceptible d'atteindre les cibles de l'OMD relatives à la santé maternelle et infantile d'ici à 2015.
- En comparaison avec les pays ayant des revenus et des dépenses de santé similaires, le Gabon n'atteint pas le niveau des résultats en matière de santé.
- Les maladies contagieuses demeurent la première cause de morbidité et de mortalité. Si des améliorations ont été constatées dans l'incidence du virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/SIDA) et de la tuberculose, l'incidence du paludisme demeure élevée, et le pays est en passe de ne pas atteindre les cibles des OMD.
- Le pays a consenti des efforts pour améliorer l'accès aux services de santé et il est parvenu à une couverture universelle de l'utilisation de certains produits de santé maternelle, tels que les consultations prénatales. Une amélioration du niveau des accouchements en institutions a été constatée. Cependant, la qualité des soins reste médiocre et les taux de mortalité maternelle sont toujours élevés.
- Des améliorations ont été également observées dans l'utilisation des services de santé infantile, en l'occurrence la couverture vaccinale et l'amélioration de l'utilisation des traitements des infections respiratoires aiguës (IRA), mais la connaissance de l'utilisation des autres services laisse à désirer. On note un ralentissement de la réduction du taux de mortalité infantile, compte tenu du manque d'attention accordé aux consultations prénatales et néonatales.

En outre, les services de santé doivent encore relever certains défis. Le pays est caractérisé par des inégalités économiques et géographiques dans l'utilisation des services de santé.

- La majorité de la population se tourne vers les établissements publics de santé, indépendamment de son statut économique.
- En règle générale, la qualité des soins de santé est médiocre dans tout le pays, y compris dans le secteur public. Cela est particulièrement vrai pour les pauvres et les habitants des zones rurales.
- Le système de prestation de services de santé dont s'est doté le Gabon est bien développé. Cependant, son réseau de santé primaire n'est pas très étendu.
- Le Gabon dispose de plus de lits d'hôpitaux qu'il n'en faut pour un pays présentant un profil sanitaire comme le sien.
- Le personnel médical et paramédical n'est pas réparti de manière équitable dans le pays, bien que les effectifs soient raisonnables. En outre, ses performances pourraient être améliorées.
- Les mécanismes de responsabilisation des systèmes et professionnels de santé sont limités.

### **Messages clés du Chapitre 3 — Financement de la santé**

- Les dépenses de santé du Gabon en pourcentage de PIB (3,5 % en 2012) sont inférieures à la moyenne des pays de la région et des pays à revenu similaire.
- Les dépenses de santé du secteur public en pourcentage du PIB (1,7 % en 2012) et en pourcentage des dépenses totales de santé (51 % en 2012) sont également inférieures à la moyenne observée dans les pays à revenu similaire et dans les pays de la région.
- Le total des dépenses de santé par habitant du Gabon (558 (I\$) PPA ou 397 \$EU en 2012) est nettement plus élevé que celui des pays voisins. Il est toutefois légèrement en dessous de la moyenne d'autres pays à revenu similaire.
- Les frais non remboursables des ménages en pourcentage des dépenses totales de santé sont relativement élevés (41 % en 2012), et ils ne donnent pas beaucoup d'indication sur l'offre de protection financière contre les coûts associés à la maladie.
- Dans l'ensemble, les dépenses de santé ont augmenté. Le secteur public contribue au moins pour moitié aux dépenses totales de santé, en partie en raison de l'introduction de la Caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale (CNAMGS).
- Les taux d'exécution budgétaire dans le secteur public de la santé sont à des niveaux inacceptables.
- La répartition inefficace des ressources dans le secteur public de la santé suscite des inquiétudes. Une bonne partie des ressources de santé publique au Gabon sont orientées vers les soins curatifs et les hôpitaux.
- Au fil du temps, les dépenses d'investissement en pourcentage du budget ont augmenté. Ces dernières années, elles représentaient environ 40 % des dépenses totales de santé du secteur public.
- Au moins la moitié des dépenses de santé récurrentes sont liées au personnel. En outre, certaines dépenses extrabudgétaires sont également allouées au personnel.

- Au fil du temps, les ressources budgétaires consacrées aux « opérations » semblent avoir diminué. Dans le même temps, les ressources extrabudgétaires pour les « opérations » ont augmenté.
- La répartition géographique des ressources de santé est inéquitable et ne reflète pas les besoins réels de la population.

### **Messages clés du Chapitre 4 — Programme national d'assurance maladie**

- L'élan qui a conduit à mettre en place la CNAMGS visait à réunir divers régimes de prestations sous le contrôle d'un organisme de tutelle. Néanmoins, les trois régimes fonctionnent indépendamment l'un de l'autre : il n'y a aucune mutualisation des ressources ou des interfinancements.
- La CNAMGS dispose de ressources affectées à son financement. À ce jour, environ 45 % (2012) dudit financement proviennent des contributions des travailleurs du secteur formel (fonctionnaires et travailleurs du secteur privé) ; l'autre moitié (55 %) provient des recettes fiscales et parafiscales.
- La CNAMGS affirme qu'elle a immatriculé environ 45 % de la population en 2012.
- L'un des plus grands défis consiste à identifier le moyen par lequel les travailleurs du secteur informel pourront être couverts dans le cadre de la CNAMGS.
- En pourcentage du total des dépenses, les frais administratifs de la CNAMGS sont importants.
- Par habitant, les dépenses liées aux demandes de remboursement ont augmenté. Celles-ci représentent environ la moitié des dépenses totales de la CNAMGS. Il est nécessaire de procéder à un examen plus approfondi du mécanisme de paiement des prestataires et de son impact.
- Aucune analyse financière ou de viabilité n'est menée pour la CNAMGS. Les mesures visant à assurer la viabilité financière du programme sont essentielles à sa réussite.

### **Messages clés du Chapitre 5 — Évaluation des coûts et des options pour combler l'écart de couverture**

- Des ressources publiques supplémentaires sont nécessaires pour étendre la couverture au reste de la population et atteindre l'objectif d'élargissement de la couverture de la CNAMGS.
- La croissance économique est susceptible d'injecter des fonds supplémentaires dans le secteur de la santé. Toutefois, face au ralentissement de la croissance économique, l'accroissement des ressources du secteur de la santé est mesuré.
- La détermination des priorités du budget de la santé et sa meilleure exécution sont susceptibles d'injecter des ressources supplémentaires dans le secteur de la santé. Néanmoins, les ressources supplémentaires dépendront probablement de la redéfinition des priorités et d'une exécution plus efficace du budget.

- Avec les recettes fiscales et parafiscales et les cotisations patronales et salariales, le pays a injecté des fonds supplémentaires pour la santé dans le programme de la CNAMGS. Bien que certains fonds soient susceptibles d'être maintenus, il est peu probable que des ressources supplémentaires soient obtenues. Le défi pour l'avenir est que le sous-groupe de la population de travailleurs du secteur informel ne soit pas en mesure d'apporter une contribution financière.
- L'introduction de nouveaux impôts ou leur augmentation en tant que nouvelle source de revenus pour le secteur de la santé au Gabon est très peu probable. Le contexte politique pour l'introduction de nouveaux impôts doit être reconsidéré.
- Deux domaines pourraient servir de canaux d'injection d'un financement externe. Le premier est l'aide publique au développement. Cependant, la perspective est loin d'être bonne pour deux raisons : traditionnellement, la quantité est faible et le Gabon est un pays à revenu intermédiaire tranche supérieure (PRIS). L'option d'un emprunt et d'une augmentation de la dette pour la santé pourrait être envisagée. Il s'agira de comprendre si l'État est prêt à rouvrir sa dette pour augmenter les dépenses publiques, en particulier pour la santé.
- Enfin, de grandes économies pourraient être réalisées. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) note que, en général 20 à 40 % des dépenses de santé sont gaspillées à cause de ces inefficacités. La maîtrise des coûts, l'amélioration de l'efficacité d'allocation et l'investissement dans des interventions pourraient aboutir à une optimisation des ressources (par exemple, les soins de santé primaires).

## ANNEXE C

# Considérations de réformes à court et moyen termes

<i>Diagnostic</i>	<i>Recommandations</i>	
	<i>Court terme (1 à 3 ans)</i>	<i>Moyen terme (3 à 5 ans)</i>
<b>Financement de la santé</b>		
Absence de stratégie globale	Élaboration d'une stratégie de financement du secteur de la santé, qui prendrait en compte certains des aspects suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les sources de financement</li> <li>- le soutien à des initiatives de financement du côté de la demande.</li> <li>- la réduction de la fragmentation du flux et des fonds du financement de la santé</li> </ul>	
Transfert des responsabilités en matière de financement non pris en compte	- le transfert des responsabilités en matière de financement.	Affermissement des plans de transfert des responsabilités en matière de financement (dans la mesure du possible).
Suivi des ressources pour une meilleure redevabilité	Amélioration de la gestion des dépenses et des systèmes de suivi et soutien des CNS.	
Recettes générées en interne (IGR)	Examen de la situation des IGR, des rapports associés et mise en application de la politique	Réexamen de la politique IGR et moyens de son application.
<b>Prestation des services de santé</b>		
Difficulté d'accès aux programmes de santé publique et à la sensibilisation sur la santé	Renforcement de la stratégie d'accès aux programmes et à la sensibilisation sur la santé publique.	Mise en œuvre de modèles de programmes de sensibilisation et communautaires divers.

*Le tableau continue à la page suivante*

<i>Diagnostic</i>	<i>Recommandations</i>	
	<i>Court terme (1 à 3 ans)</i>	<i>Moyen terme (3 à 5 ans)</i>
Difficulté d'accès aux soins de santé primaires	Diagnostic approfondi du problème et élaboration d'une stratégie pour améliorer l'accès aux services de santé	Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires, avec des références appropriées pour les soins d'urgence, en mettant l'accent sur les zones rurales et les plus pauvres
Mauvaise qualité des soins de santé	Diagnostic approfondi du problème et Élaboration d'une stratégie pour améliorer la qualité des services de santé.	Mise à l'épreuve de techniques innovantes pour inciter et améliorer la performance de la prestation de services.
<b>Ressources humaines</b>		
Répartition inéquitable des ressources humaines	Diagnostic approfondi du problème et élaboration d'une stratégie pour améliorer la dotation en personnel dans les zones rurales et les zones les plus démunies.	Mise à l'épreuve de techniques innovantes pour inciter à la redistribution
Responsabilisation quasi inexistante au sein du personnel	Élaborer des mécanismes pour renforcer la responsabilisation, par exemple, des audits techniques et des rapports.	Essai pilote de certains mécanismes de responsabilisation.
Faible performance du personnel	Élaborer des mécanismes pour améliorer la performance du personnel, par exemple, des primes de rendement.	Essai pilote de certains mécanismes de primes de rendement.
<b>Médicaments</b>	La politique en vigueur stipule que les médicaments ne peuvent être disponibles que dans les établissements sanitaires en présence de pharmaciens. Bon nombre d'établissements sanitaires ne disposent donc pas de médicaments. Cette politique doit être revue et sa valeur concrète évaluée.	
<b>Domaines de gain d'efficacité</b>		
Part trop élevée de dépenses d'investissement dans le budget	Nécessité d'un plan de rationalisation des dépenses d'investissement sur la base des besoins.	
Trop de lits d'hôpitaux et sous-utilisation	Nécessité d'un plan de rationalisation des hôpitaux sur la base des besoins.	
Contournement de SSP en faveur des hôpitaux	Examen de la qualité de soins SSP- envisager la réalisation d'une évaluation de la performance des prestations de services.	Reconsidérer la stratégie d'amélioration de la qualité des soins: y compris les ressources humaines de santé, les médicaments, etc.

*Le tableau continue à la page suivante*

<i>Diagnostic</i>	<i>Recommandations</i>	
	<i>Court terme (1 à 3 ans)</i>	<i>Moyen terme (3 à 5 ans)</i>
<b>CNAMGS</b>		
<b><i>Faible protection financière</i></b>		
	Élaborer une stratégie pour étendre et motiver l'immatriculation (y compris l'examen des défis de sélection négative).	Augmenter l'affiliation au NHIP/CNAMGS.
	Examiner les mécanismes actuels d'identification des pauvres et envisager leur perfectionnement.	Identifier les pauvres et fournir une couverture gratuite.
	Élaborer une stratégie d'identification et d'incitation à l'affiliation du secteur informel (y compris la prise en compte des défis de sélection négative).	Identifier ceux qui sont dans le secteur informel, et suggérer des moyens d'améliorer les mesures incitatives pour leur affiliation.
	Examiner la situation des dépenses de santé (NR) des ménages.	Redéfinir qui doit payer un ticket modérateur : les pauvres, les travailleurs du secteur informel, le secteur formel, etc.
	Examiner la situation des dépassements d'honoraires et de la tarification avec le secteur privé.	Réexaminer la tarification et les contrats basés sur les performances avec le secteur privé et la situation des dépassements d'honoraires.
<b><i>Viabilité financière du régime CNAMGS inconnue</i></b>		
	Chiffrer les coûts du régime de prestations à l'aide de méthodes actuarielles.	
	Procéder à une analyse actuarielle, et à une estimation des cotisations (au prorata) par niveau de revenu.	
	Évaluer les fonds nécessaires sur la base de l'analyse actuarielle et de la viabilité financière	Évaluer les fonds nécessaires sur la base de l'analyse actuarielle et de la viabilité financière
		Envisager la mutualisation des ressources des différents régimes du CNAMGS et envisager des interfinancements entre les régimes.
		Reconsidérer les sources de financement : impôts généraux, impôts indirects, impôts spéciaux, cotisations, ticket modérateur, et autres.

*Le tableau continue à la page suivante*

<i>Diagnostic</i>	<i>Recommandations</i>	
	<i>Court terme (1 à 3 ans)</i>	<i>Moyen terme (3 à 5 ans)</i>
<b>Efficienc</b>		
Gestion des demandes de remboursement	Élaborer une stratégie de mise en œuvre des « eClaims » (demandes de remboursement électroniques), et chiffrer le coût du système des eClaims et la préparation au niveau de la CNAMGS et des établissements.	Introduire la phase 1 de la gestion électronique des demandes de remboursement (eClaims).
Mécanisme de rémunération des prestataires	Examiner les mécanismes de rémunération des prestataires et leur effet sur les coûts et sur l'utilisation des services.	
	Élaborer une stratégie de perfectionnement du mécanisme de rémunération des prestataires.	Affiner le mécanisme de paiement des prestataires afin de gagner en efficacité, y compris la capitation, case mix.
Mécanisme d'identification de la population	Affiner le mécanisme d'identification des pauvres dans la CNAMGS.	
Fixer des prix contractuels pour les services et les médicaments	Reconsidérer les tarifs des médicaments (leur situation par rapport aux prix de référence internationaux) dans le cadre du régime de la CNAMGS. Examiner les questions d'économies d'échelle et les politiques de médicaments génériques.	
	Réexaminer la tarification des services (publics et non publics) dans le cadre du régime de la CNAMGS. Qui doit payer pour le personnel ? Que peut-on faire au sujet des dépassements d'honoraires dans la tarification des services du secteur privé ?	
	Les demandes de remboursement de médicaments connaissent une hausse à la CNAMGS. Est-ce une conséquence de la pratique de prescription de médicaments ?	Affiner la stratégie, y compris la possibilité de grouper des services et des médicaments à rembourser.
Maîtrise des coûts	• Améliorer les audits de prévention des fraudes.	• Améliorer le filtrage afin de réduire l'utilisation inutile des services ou de réduire l'utilisation des services primaires dans les établissements de niveau supérieur.

*Le tableau continue à la page suivante*

<i>Diagnostic</i>	<i>Recommandations</i>	
	<i>Court terme (1 à 3 ans)</i>	<i>Moyen terme (3 à 5 ans)</i>
Réformes administratives	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser les données pour appuyer des politiques et des systèmes fondés sur des preuves factuelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examiner et intégrer la base de données des bénéficiaires de la CNAMGS à la base de données des demandes de remboursement.</li> </ul>
Réformes du paiement des prestataires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revoir le système actuel de rémunération à l'acte, qui différencie les services du remboursement des médicaments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en œuvre des systèmes de paiement qui favorisent l'efficacité, la qualité, la rentabilité de l'utilisation des services et une meilleure coordination dans la continuité des soins. Les options comprennent un mélange adéquat de capitation, d'autres systèmes de paiement groupés, des systèmes de paiement mixtes, diverses approches de gestion des soins et des systèmes modernes de rémunération au rendement.</li> </ul>
Changements relatifs à l'admissibilité à la CNAMGS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revoir la structure de tarification dans le cadre du système de rémunération à l'acte.</li> <li>• Réexaminer les mesures incitatives et leur effet sur les modes d'utilisation, y compris l'usage des médicaments.</li> </ul>	
Régime de prestations de la CNAMGS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre l'accent sur les pauvres (soutenir et intensifier le mécanisme de ciblage).</li> <li>• Envisager d'affiner l'admissibilité pour le groupe exempté.</li> <li>• Élaborer des mesures incitatives pour encourager l'affiliation.</li> </ul> <p>Le régime de prestations est global et n'est pas chiffré. Il comprend également des prestations hors santé (qu'on ne retrouve pas toujours dans les régimes d'assurance santé d'autres pays). Une analyse actuarielle s'impose pour évaluer l'accessibilité de ce régime de prestations.</p>	

*Le tableau continue à la page suivante*

<i>Diagnostic</i>	<i>Recommandations</i>	
	<i>Court terme (1 à 3 ans)</i>	<i>Moyen terme (3 à 5 ans)</i>
Sources de revenus de la CNAMGS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envisager l'élaboration d'un partage des coûts, au moins pour certains services et pour certains groupes de bénéficiaires tels que les non-pauvres.</li> <li>• Améliorer la coordination avec les programmes verticaux de santé publique.</li> <li>• Évaluer la situation dans le cadre des recettes fiscales et parafiscales pour financer le régime GEF.</li> </ul> <p>Mener une étude de faisabilité des autres sources de financement (par exemple, les taxes sur le tabac et l'alcool)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Envisager l'exemption de bénéficiaires sur la base de l'évaluation des moyens.</li> </ul> <p>Créer de nouvelles mesures incitatives pour encourager l'affiliation des travailleurs du secteur informel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre en compte les cotisations liées au revenu.</li> <li>• Évaluer le rôle et le niveau approprié du fonds de réserve.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduire des taxes sur le tabac et l'alcool, dans la mesure du possible, ou des options de diversification des sources de financement durables</li> </ul>

*Note* : CNAMGS = Caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale ; GEF = Gabonais économiquement faibles ; NHA = Comptes nationaux de santé ; NHIP = Programme national d'assurance maladie ; NR = frais non remboursables ; SSP = soins de santé primaires.

# Bibliographie

- Aboubar Inoua et Laurent Musango, La Caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale du Gabon : un chemin vers la couverture universelle, Organisation mondiale de la santé, n° 17, numéro spécial, Health Financing in the African Region, African Health Monitor, juillet 2013. <http://www.who.int/sites/default/files/ahm/reports/631/ahm1705.pdf>.
- C. A. Alexander, G. Busch et K. Stringer, « Implementing and Interpreting a Data Envelopment Analysis Model to Assess the Efficiency of Health Systems in Developing Countries », *IMA Journal of Management Mathematics* 14 (1), p. 49–63, 2003.
- Axco Global Statistics : Gabon Profile, Londres, 2014.
- B. Boidin, « La 'bonne gouvernance' et les pays en développement : le cas des politiques de santé au Gabon », 2011. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/5130>.
- F. Bokhari, Y. Gai et P. Gottret, « Government Health Expenditure and Health Outcomes », *Health Economics* 16 (3), p. 257–73, 2007.
- Business Monitor International: Gabon Pharmaceuticals & Healthcare Report, 2014. <http://www.businessmonitor.com>.
- Caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale (CNAMGS) : Directive No.001/08-DG. <http://itemcplab.pro/cnamgs/>.
- Center for Global Development, « Does the IMF Constrain Health Spending in Poor Countries? », Report of the Working Group on IMF programs and Health Spending, Washington DC, 2007.
- O. Cetrangolo, J. P. Jimenez et R. R. Del Castillo, « Rigidities and Fiscal Space in Latin America : A Comparative Case Study », Economic Development Division, United Nations, 2010.
- Direction générale de la statistique et des études économiques, CNAMGS : recensement des Gabonais économiquement faibles. 2008. Gabon, 2009.
- The Economist, « Gabon Country Report », Economic Intelligence Unit, Londres, 2013.
- A. Estache, M. Gonzalez et L. Trujillo, « Government Expenditures in Education, Health and Infrastructure: A Naive Look at Levels, Outcomes and Efficiency », World Bank Policy Research Working Paper, Banque mondiale, Washington DC, 2007.
- D. Filmer et L. Pritchett, « Child Mortality and Public Spending on Health : How Much Does Money matter ? », Policy Research Working Paper 1864, Banque mondiale, Washington DC, 1997.
- D. Filmer et L. Pritchett, « The Impact of Public Spending on Health : Does Money matter ? », *Social Science and Medicine* 49 (10), p. 1309–23, 1999.
- L. Fleisher et A. Tandon, à paraître « The Macro-Fiscal Context of Universal Coverage in Vietnam », *Health Insurance Review of Vietnam*, Banque mondiale, Washington DC.

- P. Gertler et C. Vermeersch, « Using Performance Incentives to Improve Health Outcomes », Policy Research Working Paper WPS6100, Banque mondiale, Washington DC, 2012.
- P. Gottret et G. Schieber, *Health Financing Revisited : A Practitioner's Guide*, Washington DC, Banque mondiale, 2006.
- P. Gottret, G. Schieber et W. Raters, *Good Practices in Health Financing*, Washington DC, Banque mondiale, 2008.
- S. Gupta et M. Verhoeven, « The Efficiency of Government Expenditures : Experiences from Africa », *Journal of Policy Modeling* 23, p. 433–67, 2001.
- K. Hanson, K. Ranson, V. Oliveira-Cruz et A. Mills, « Expanding Access to Health Interventions : A Framework for Understanding the Constraints to Scaling-up », *Journal of International Development* 15 (1), p. 1–14, 2003.
- P. Heller, « The Prospect of Creating Fiscal Space for the Health Sector », *Health Policy and Planning* 21 (2), p. 75–79, 2006.
- S. Herrera et G. Pang, « Efficiency of Public Spending in Developing Countries : An Efficiency Frontier Approach », World Bank Policy Research Working Paper 3645, Banque mondiale, Washington DC, 2005.
- G. Humphreys, « Gabon Gets Everyone Under One Social Health Insurance Roof », *Bull World Health Organ* 91, p. 318–19, 2013. Organisation mondiale de la santé. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.020513>.
- A. Inoua et L. Musango, « La caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale du Gabon : un chemin vers la couverture universelle », *Health Financing in the Africa region*, n° 17, Organisation mondiale de la santé, Genève, 2013. <http://www.who.int/sites/default/files/ahm/reports/631/ahm1705.pdf>.
- Institute for Health Metrics and Evaluation, Global Burden of Disease Study, Seattle, 2010.
- International Medical Alliance (IMEDA), « Le système de santé au Gabon—un besoin de solidarité nationale », Rapport de mission, 2004.
- Fonds monétaire international, Gabon: 2006 Article IV Consultation-Staff Report, FMI, Washington DC.
- M. Keen et M. Mansour, « Revenue Mobilization in Sub-Saharan Africa : Key Challenges for Globalization », 2008. Article présenté à la conférence Globalization and Revenue Mobilization, Abuja, Nigeria.
- M. Keen et A. Simone, « Tax Policy in Developing Countries : Some Lessons from the 1990s and Some Challenges Ahead », *Helping Countries Develop : The Role of Fiscal Policy*, édité par S. Gupta, B. Clements, et G. Inschauste, Washington DC, FMI, 2004.
- Joseph Kutzin, Cheryl Cashin et Melitta Jakab, *Implementing Health Financing Reform : Lessons from Countries in Transition*, Bruxelles, Belgique, Observatoire européen, Organisation mondiale de la santé, 2010.
- Soonman Kwon, « Thirty Years of National Health Insurance in South Korea : Lessons for Achieving Universal Health Care Coverage », *Health Policy and Planning* 24, p. 63–71, 2009.
- G. La Forgia et B. Couttolenc, *Hospital Performance in Brazil—In search of Excellence*, 2008 ; Couttolenc and Dmytraczenko, *UNICO Studies Series 2—Brazil's Primary Care Strategy*, 2013.

- John Langenbrunner, Cheryl Cashin et Sheila O'Dougherty, *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems : How-to Manual*, Washington DC, Banque mondiale et USAID, eds. 2009. [http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=vyJP\\_GvskEIC&oi=fnd&pg=PR5&dq=langenbrunner+2009&ots=KTw8whkQ4s&sig=KfpS3CB640izFSwcq83m9ZOIPs#v=onepage&q=langenbrunner%202009&f=false](http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=vyJP_GvskEIC&oi=fnd&pg=PR5&dq=langenbrunner+2009&ots=KTw8whkQ4s&sig=KfpS3CB640izFSwcq83m9ZOIPs#v=onepage&q=langenbrunner%202009&f=false).
- Cheng Li, Xuan Yu, James R. G. Butler, Vasoontara Yiengprugsawan et Min Yu, « Moving Towards Universal Health Insurance in China : Performance, Issues and Lessons from Thailand », *Social Science & Medicine* 73, p. 359–66, 2011.
- A. Lieberman et A. Wagstaff, *Health Financing and Delivery in Vietnam*, Banque mondiale, Washington DC, 2009.
- R. Maino et J. Troujas-Bernate, « Gabon's Priority : Use Resources to Become Emerging Economy », *IMF Survey Magazine : Countries and Regions*, International Monetary Fund, African Department, 2013. <https://www.imf.org/external/pubs/ft/survey/so/2013/car022813c.htm>.
- J. P. Mbeng-Mendou, « Innovative Financing of Health Care in Gabon », Présentation à la Prince Mahidol Award Conference (PMAC), Bangkok, 2011.
- Ministère de la Planification, de la Programmation du Développement et de l'Aménagement du territoire, Direction générale de la statistique et des études économiques, « Enquête générale sur l'évolution de la pauvreté », Libreville, Gabon, 2005.
- Ministère de la Santé, des Affaires sociales, de la Solidarité et de la Famille, « Plan national de développement sanitaire 2011–2015 », Libreville, Gabon, 2010.
- Ministère de la Santé, des Affaires sociales, de la Solidarité et de la Famille, « Normes du secteur de la santé », Libreville, Gabon, 2011.
- Ministère de la Santé, « Plan national d'action sanitaire (1998–2000) », Libreville, Gabon, 1998.
- Ministère de la Santé, « États généraux de la santé, Les Actes », Libreville, Gabon, 2005.
- Ministère de la Santé, « Plan national de développement de la santé », Libreville, Gabon, 2010a.
- Ministère de la Santé, « Politique nationale de santé 2010 », Libreville, Gabon, 2010b.
- Ministère de La Santé, Cellule d'observation de la santé publique, 2007. « Tableau de bord général de la santé publique 2005 », Libreville, Gabon.
- Ministère de la Santé et CREDES, « Réalisation de l'étude stratégique du secteur de la santé et finalisation de la carte sanitaire », Rapport final, Tome I—Analyse de situation, Libreville, Gabon, 2005a.
- Ministère de la Santé et CREDES, « Réalisation de l'étude stratégique du secteur de la santé et finalisation de la carte sanitaire », Rapport final, Tome II—Plan national de développement sanitaire 2006–2010, Libreville, Gabon, 2005b.
- Ministère de la Santé publique et de la Population, « Carte sanitaire », Libreville, Gabon, 2008.
- Ministère de l'Économie, de l'Emploi et du Développement durable, ministère de la Santé, « Enquête démographique et de santé 2012 », Libreville, Gabon, 2013.
- Ministère de l'Économie, de l'Emploi et du Développement durable, ministère de la Santé, « Enquête démographique et de santé 2000 », Libreville, Gabon, 2001.
- Ministère de l'Économie, de l'Emploi et du Développement durable, ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, « Rapport de programmation macro-

- économique et budgétaire 2013–2015, Annexe du Projet de loi de finances », Libreville, Gabon, 2012.
- Ministère des Affaires étrangères (France), Direction générale de la coopération et du développement, « Evaluation de la coopération française dans le secteur santé au Gabon (1990–2001) », Paris, 2002.
- Anna Monfert, Annette Martin et Jack Langenbrunner, Policy Note 19, Informal Sector Conference in Yogyakarta September 29–October 2, 2103.
- L. Musango et A. Inoua, « Assurance maladie obligatoire au Gabon : un atout pour le bien-être de la population », Rapport sur la santé dans le monde, Background Paper 16, OMS, Genève, 2010. <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/GabonNo16FINAL.pdf>
- E. Nkale Bougha Obouna, « Pauvreté, santé et genre au Gabon », 2011. <http://www.theses.fr/2011BOR40021>.
- P. Okwero, A. Tandon, S. Sparkes, J. McLaughlin et J. Hoogeveen, *Fiscal Space for Health in Uganda*, Africa Human Development Series, Washington DC, Banque mondiale, 2010.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), « Pharmaceutical expenditure », *Health at a Glance : Europe 2012*, OECD Publishing, 2012. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-55-en>.
- B. Palafox, « Good Health at Low Cost Revisited (Chapter 8) », *Health at Low Cost*, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, 2009.
- A. Pande, A. Leive, M. Smits, P. Eozenou et E. Ozcelik, *Macro Fiscal Context and Health Financing Fact Sheet*. Washington DC, Banque mondiale, 2013.
- M. Park, T. Braun, G. Carrin et D. B. Evans, « Provider Payments and Cost Containment : Lessons from OECD Countries », Technical Briefs for Policy Makers, OMS, Genève, 2007.
- République Gabonaise, Union—Travail—Justice, ministère de la Santé, des Affaires Sociales, de la Solidarité et de la Famille, Plan national de développement sanitaire 2011–2015, décembre 2010.
- République gabonaise, Union—Travail—Justice, Enquête démographique et de santé 2012, avril 2013. Ministère de l'Économie, de l'Emploi et du Développement durable, Ministère de la Santé, Direction générale de la statistique, Libreville, ICF International, Calverton, Maryland, États-Unis.
- République gabonaise, Union—Travail—Justice, Annuaire statistique du Gabon 2001–2007. Ministère du Développement, de la Performance publique, de la Prospective et de la Statistique, juillet 2009. <http://www.stat-gabon.org/documents/PDF/Donnees%20stat/Compteannuaire/Ann09.pdf>.
- République Gabonaise, Union—Travail—Justice, Enquête démographique et de santé 2012 (Gabon Demographic Health Survey 2000), juin 2001. Ministère de la Planification, de la Programmation du développement et de l'Aménagement du territoire, Direction générale de la statistique, et des études économiques, Fonds des Nations unies pour la population, ORC Macro.
- J. Sachs, « Macroeconomics and Health : Investing in Health for Economic Development », Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, OMS, Genève, 2001.
- Karima Saleh, *The Health Sector in Ghana : A Comprehensive Assessment*, Directions in Development, Washington DC, Banque mondiale, 2012.

- Karima Saleh, B. Coultolence et H. Barroy, à paraître, *Le financement de la santé en République gabonaise*, étude de la Banque mondiale, Washington DC, Banque mondiale.
- George Schieber, Cheryl Cashin, Karima Saleh et Rouselle Lavado, *Health Financing in Ghana*, Directions in Development, Washington DC, Banque mondiale, 2012.
- A. Tandon et C. Cashin, « Assessing Public Expenditure on Health from a Fiscal Space Perspective, Health, Nutrition, and Population (HNP) », Discussion Paper, Banque mondiale, Washington DC, 2010.
- A. Tandon, C. J. L. Murray, J. Lauer et D. B. Evans, « Measuring Overall Health System Performance for 191 Countries », Global Programme on Evidence for Health (GPE), Discussion Paper No. 30, Organisation mondiale de la santé, Genève, 2000.
- Tangcharoensathien, Viroj, Walaiporn Patcharanarumol, Por Ir, Syed Mohamed Aljunid, Ali Ghufron Mukti, Kongsap Akkhavong, Eduardo Banzon, Dang Boi Huong, Hasbullah Thabrany et Anne Mills, « Health–Financing Reforms in Southeast Asia : Challenges in Achieving Universal Coverage », *The Lancet* 377, p. 863–73, 2011.
- Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, « Constraints to Scaling Up and Costs : Working Group 1 Report », Partenariat international de la santé, Genève, 2009 (accès au 27 avril 2010), [http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS\\_files/documents/working\\_group\\_1\\_-\\_report\\_EN.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_1_-_report_EN.pdf).
- Nations unies, « Gouvernance du financement de la santé mondiale : enjeux et perspectives africains », 2013. [http://www.africa21.org/wp/wp-content/uploads/2013/02/Africa-21-note-n%C2%B02-Gouvernance-du-financement-de-la-sant%C3%A9-mondiale\\_-enjeux-et-perspectives-africains.pdf](http://www.africa21.org/wp/wp-content/uploads/2013/02/Africa-21-note-n%C2%B02-Gouvernance-du-financement-de-la-sant%C3%A9-mondiale_-enjeux-et-perspectives-africains.pdf).
- Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), « Objectifs du Millénaire pour le développement, Troisième rapport national, PNUD, Gabon, 2009.
- Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), « Human Development Report 2013 », PNUD, New York, 2013.
- ONUSIDA, « Global Report 2013 », Genève, 2013.
- Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), « Rapport final de l'enquête sur l'évaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) au Gabon », UNFPA, Gabon, 2010.
- Adam Wagstaff, Magnus Lindelow, Gao Lun, Xu Ling et Qian Juncheng, « Extending Health Insurance to the Rural Population : An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme », *Journal of Health Economics* 28, p. 1–19, 2009.
- Banque mondiale, *Gabon Country Assistance Strategy*, Washington DC, 2005.
- Banque mondiale, « Diagnostique de la pauvreté. Réduction de la pauvreté et gestion économique, Région Afrique subsaharienne », Washington DC, 2006.
- Banque mondiale, « Does the IMF Constrain Health Spending in Poor Countries? Evidence and an Agenda for Action », Report of the CGD Working Group on IMF Programs and Health Spending, Washington DC, 2007.
- Banque mondiale, « Assessing Fiscal Space for Health in Nepal », HNP Discussion Paper, Région Asie du Sud, Washington DC, 2009a.
- Banque mondiale, *Giving More Weight to Health : Assessing Fiscal Space for Health in Indonesia*, Washington DC, 2009b.
- Banque mondiale, *Gabon Country Partnership Strategy*, Washington DC, 2012a.

- Banque mondiale, « Gabon Public Expenditure Review—Better Management of Public Finance to Achieve Millennium Development Goals », Rapport No. 62548-GA, Washington DC, 2012b.
- Banque mondiale, *Africa Health Forum : Finance and Capacity for Results. Chapter on Results-Based Financing for Health*, Washington DC, 2013a.
- Banque mondiale, *Analyse de croissance du Gabon*, Draft Report, 2013b.
- Banque mondiale, *World Development Indicators*, Washington DC, 2013c. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.
- Organisation mondiale de la santé, « How Much Should Countries Spend on Health? » Discussion Paper #2, Department « Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation » (FER) Cluster « Evidence and Information for Policy » (EIP), 2003. [http://www.who.int/health\\_financing/en/how\\_much\\_should\\_dp\\_03\\_2.pdf](http://www.who.int/health_financing/en/how_much_should_dp_03_2.pdf).
- Organisation mondiale de la santé (OMS), « Factsheet of Health Statistics », Rapport sur le Gabon, Bureau régional de l’Afrique, Brazzaville, 2010a.
- Organisation mondiale de la santé (OMS), « Gabon Health Statistics Profile 2010 », Brazzaville, 2010b.
- Organisation mondiale de la santé (OMS), *National Health Accounts Database*, Genève, 2012a. <http://apps.who.int/nha/database/PreDataExplorer.aspx?d=1>.
- Organisation mondiale de la santé (OMS), « Profil analytique Gabon 2012 : Observatoire de la santé en Afrique », Brazzaville, 2012b.
- Organisation mondiale de la santé (OMS), « State of Health Financing in the Africa Region », Discussion Paper for the Inter-ministerial Conference : Achieving Results and Value for Money in Health, Tunis, 2012c.
- Organisation mondiale de la santé (OMS), « Gabon Country Profile : Maternal, Newborn and Child Survival », mars 2012d. <http://www.childinfo.org/files/maternal/DI%20Profile%20-%20Gabon.pdf>.
- Organisation mondiale de la santé (OMS), « Global Tobacco Control Report III, 2013 », Genève, 2013.
- Estimations de l’OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale, « Trends in Maternal Mortality : 1990 to 2010b », OMS, Maternal and Perinatal Health Profile. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/epidemiology/profiles/maternal/gab.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/profiles/maternal/gab.pdf).
- Xu, Ke, Priyanka Saksena, Matthew Jowett, Chandika Indikadahena, Joe Kutzin, et David Evans, « Exploring the Thresholds of Health Expenditure for Protection against Financial Risk », Rapport sur la santé dans le monde, Background Paper, 19, Health Systems Financing : The Path to Universal Coverage, OMS, Genève, 2010.



## **Déclaration des avantages environnementaux**

La Banque mondiale s'attache à réduire son empreinte écologique. Dans le cadre de cet engagement, la Publishing and Knowledge Division, responsable des publications, tire parti des possibilités de publications électroniques et d'impression à la demande offertes par des plateformes dans différentes régions du monde. Cette approche lui permet de limiter les tirages et de diminuer les distances de livraison, avec pour résultat une diminution de la consommation de papier, des produits chimiques, de l'émission de gaz à effet de serre et des gaspillages.

La Publishing and Knowledge Division se conforme aux normes recommandées par l'initiative Green Press. Autant que possible, les ouvrages sont imprimés sur du papier contenant de 50 à 100% de fibres recyclées postconsommation, et au moins 50% des fibres de papier de nos ouvrages sont soit non blanchies, soit blanchies au moyen de procédés sans chlore TCF (Totally Chlorine Free), PCF (Processed Chlorine Free) ou EECF (Enhanced Elemental Chlorine Free).

Pour plus d'informations sur la philosophie environnementale de la banque mondiale, veuillez consulter <http://crinfo.worldbank.org/wbcrinfo/node/4>.





Le Gabon est un pays à revenu intermédiaire tranche supérieure qui affiche des dépenses raisonnables dans le secteur de la santé. Toutefois, ses résultats sont plus proches de ceux d'un pays à revenu intermédiaire inférieur. Il est confronté à une faible espérance de vie (63 ans), aux lourdes conséquences des maladies contagieuses et à la nécessité de trouver des ressources pour financer la couverture santé universelle qu'il fournit. Le pays doit donc apporter des réponses aux questions suivantes : comment les ressources sont dépensées, est-il possible d'allouer les ressources existantes de manière plus efficace, et est-il nécessaire de mobiliser des ressources supplémentaires ?

*Le financement de la santé en République gabonaise* examine la situation dans le pays à la lumière des principes de financement de la santé : mobilisation des revenus, mutualisation des risques et services d'achat. Il évalue par ailleurs la marge de manœuvre budgétaire en matière de santé en étudiant les options susceptibles d'accroître les ressources pour la santé dans un contexte macro-économique et fiscal. L'ouvrage suscitera l'intérêt des décideurs politiques et spécialistes du développement dans le secteur de la santé.

Les publications de la Banque mondiale peuvent être téléchargées gratuitement sur le portail d'archives ouvertes de la Banque (*Open Knowledge Repository*) (<https://openknowledge.worldbank.org>).

